Delphine Dubois Fabing
Master Santé Publique

Evaluation de la qualité d'interventions

en Promotion de la Santé/Prévention :

l'exemple des Centres Municipaux de Santé du Blanc Mesnil

Directeur de mémoire : Aude Develay

Université de Versailles
Année 2004-2005

Remerciements

Je remercie vivement pour l'aide qu'ils m'ont apportée et leur participation à ce mémoire Aude Develay, Joël Le Corre, Hélène Le Glaunec, Cécile Lagier ainsi que les professionnels des CMS impliqués dans des actions de Prévention/Promotion de la Santé et leurs partenaires.

Enfin, des remerciements particuliers à Jean-Xavier, pour ses petits coups de main informatiques et pour avoir fait le ménage plus souvent qu'à son tour…

SOMMAIRE

I. EVALUATION DES INTERVENTIONS EN PREVENTION/PROMOTION DE LA SANTE....4

A. QU'EST CE QUE LA PROMOTION DE LA SANTE, NOTAMMENT AU REGARD DE LA PREVENTION, DE L'EDUCATION A LA SANTE ET DE LA SANTE PUBLIQUE? 4
B. PEUT-ON EVALUER L'EFFICACITE DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE/PREVENTION? 5
C. COMMENT EVALUER LA QUALITE DES ACTIONS DE PREVENTION/PROMOTION DE LA SANTE ? 6

II. REFERENTIEL DE QUALITE DES ACTIONS DE PREVENTION/ PROMOTION DE LA SANTE....7

A. TYPOLOGIE DES INTERVENTIONS EN PROMOTION DE LA SANTE/PREVENTION : 8
B. L'INSCRIPTION DES ACTIONS DANS LE TEMPS ET DANS UNE STRATEGIE GLOBALE....8
C. LA DIMENSION PARTICIPATIVE....9
D. LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE 11
1. L'analyse de la situation 12
2. La définition des priorités et des objectifs....12
3. La planification des ressources et des stratégies de mise en œuvre 13
4. L'évaluation....13
ENCADRE : Critères de qualité des actions de Prévention/Promotion de la Santé

III. ANALYSE DE LA QUALITE DES INTERVENTIONS EN PREVENTION/PROMOTION DE LA SANTE MISES EN ŒUVRE PAR LES CENTRES MUNICIPAUX DE SANTE DU BLANC MESNIL....15

A. METHODE DE RECUEIL ET DE TRAITEMENT DES DONNEES.....15
1. Recherche et sélection des actions....15
2. Recherche et mobilisation des personnes impliquées dans les interventions 16
3. Conception et test des questionnaires....17
4. Traitement de l'information 17
B. EVALUATION DE LA QUALITE DES INTERVENTIONS DE PREVENTION/PROMOTION DE LA SANTE DES CENTRES MUNICIPAUX DE SANTE DU BLANC MESNIL 18
1. Les interventions évaluées....18
ENCADRE : Présentation des actions évaluées
2. Résultats de l'analyse de la qualité des interventions....18
a. Inscription des interventions dans le temps et dans une stratégie globale....19
b. La dimension participative 20
c. L'analyse de la situation....21
d. La détermination des priorités et des objectifs....21
e. La prévision des ressources et des stratégies de mise en œuvre....21
f. L'évaluation 22
ENCADRE : Points forts et limites de la qualité des interventions évaluées
C. ELEMENTS FACILITANT ET FREINS A LA MISE EN ŒUVRE DE QUALITE DES INTERVENTIONS EVALUEES....23
1. Eléments facilitant et freins au développement des axes de qualité des projets....23
2. Positionnement des porteurs de projets, partenaires et responsables hiérarchiques. 26
a. Données sur les critères de qualité des interventions selon les catégories de personnes questionnées....26
b. Analyse des données 27

IV. CRITIQUE DE LA METHODE ET PERSPECTIVES 29

A. CRITIQUE DE LA METHODE 29

1. Un représentation partielle de l'activité en Prévention/Promotion de la Santé des Centres de Santé du Blanc Mesnil 29

2. Un référentiel de qualité des interventions en Prévention et Promotion de la Santé à perfectionner 30

3. Des résultats non généralisables 30

B. PERSPECTIVES 30

1. Améliorer la collecte et la gestion de l'information 31

2. Mutualiser les pratiques 31

3. Définir un projet politique global de Prévention/Promotion de la santé 32

4. Développer la participation des habitants 32

CONCLUSION 33

ANNEXES……I

1. *Lettre de présentation de l'étude aux porteurs de projet et questionnaire « actions de Promotion de la Santé/de Prévention portées par les Centres de Santé ……..II*
2. *Lettre de présentation de l'étude aux partenaires et questionnaire « Activité de Prévention / Promotion de la Santé : la contribution des partenaires »…… X*
3. *Tableau des réponses aux questions portant sur les éléments facilitant et freinant la mise en œuvre d'actions de Promotion de la Santé de qualité…… .XIII*
4. *Réponses à la question « Selon vous, quels sont en général les critères de qualité des actions de Promotion de la Santé/Prévention ? »……..XXI*
5. *Bibliographie……..XXII*

L'une des conditions d'efficacité des stratégies de Promotion de la Santé/Prévention est d'en conjuguer les niveaux d'intervention à l'échelle nationale, régionale et locale. Aussi est-il essentiel pour les institutions nationales de s'appuyer sur des structures locales impliquées dans la mise en œuvre de ce type d'actions.

Parmi ces structures locales, les Centres de Santé développent au niveau municipal une action spécifique, caractérisée par la pluridisciplinarité et la proximité avec les publics les plus fragilisés. Forts de ce positionnement, la plupart des Centres de Santé développent une activité de Promotion de la Santé/Prévention dont ils revendiquent les qualités méthodologiques et participatives. Ces activités sont reconnues par l'accord national destiné à organiser les rapports entre les Centres de Santé et les Caisses d'Assurance Maladie. Toutefois, l'action en Promotion de la Santé/Prévention des Centres de Santé est controversée : tous les centres ne s'investissent pas dans ce domaine et la qualité des interventions serait hétérogène[1].

Les ressources documentaires ne permettent pas de trancher ce débat[2]. En effet, les Centres de Santé rapportent d'une part des expériences très intéressantes mais qui ne peuvent être généralisées. D'autre part, des rapports élaborés par des financeurs ou suite à des commandes gouvernementales, sans même tenir compte du positionnement de ces derniers, ne rendent pas davantage compte de l'action en Promotion de la Santé/Prévention des centres. En effet, ils ne présentent pas de recensement fiable des Centres de Santé, ni de leurs actions en Promotion de la Santé[3]. Enfin, la richesse des débats sur l'évaluation des actions de Promotion de la Santé/Prévention[4] montrent l'absence de consensus sur un référentiel de ce que serait la qualité de ce type d'intervention.

---

[1] En 1990, un rapport de l'IGAS sur la situation des Centres de Santé stipule la nécessité d'une rigueur méthodologique accrue et visible. En 1998, un second rapport de l'IGAS beaucoup plus sévère mais aux critiques parfois contradictoires stipule : « De quelque Centre qu'elles émanent, les actions hors soins présentent par ailleurs de réelles faiblesses en terme de méthode. […] La possibilité pour les Centres les plus entreprenants de pouvoir disposer de financements au-delà de fonds actuellement fléchés pour des actions novatrices et pertinentes a une légitimité. Un financement systématique des Centres au nom d'actions hors soins très inégalement réparties n'en aurait aucune, pas plus que celui d'un « rôle social » très inégalement assumé. »

[2] Voir en annexe le paragraphe de la bibliographie consacrée aux Centres de Santé

[3] les recensements indiquent un nombre variant de 1 454 (Bloc Note Statistique CPAM juillet 1996 qui indique également une certaine stabilité du nombre de Centres de Santé) à 2 224 Centres (Rapport sur la situation des Centres de Santé, fonctionnement et analyse financière, IGAS, 1990. Le rapport stipule par ailleurs que le nombre de Centres recensé est vraisemblablement sous-évalué). De plus, les actions présentées aux financeurs le sont fréquemment au nom du gestionnaire : une commune, une association ou une mutuelle. Par conséquent, les financeurs ne sont pas en mesure d'identifier quelles sont, parmi les actions qui leur sont présentées, celles mises en œuvre par les Centres de Santé. Enfin, les Centres de Santé revendiquent de réaliser des actions de Promotions financées exclusivement sur leurs fonds propres.

[4] Voir à titre d'exemple SISARET A., FOURNIER C., *Evaluation, mode d'emploi :* INPES, dossier documentaire réalisé suite aux journées de la Prévention « La Prévention en action : partage d'expériences », avril 2005 ; Voir

En définitive, l'intervention des Centres de Santé en Promotion de la Santé/Prévention est mal connue tant au niveau national que local. En effet, une recherche à un niveau territorial étendu (régional, départemental…) est difficile à mettre en œuvre et nécessite d'importants moyens du fait de l'absence de centralisation de l'information[5] (recensement des Centres et de leurs interventions) et de la difficulté à sélectionner les actions effectivement mises en œuvre par les Centres de Santé[6]. Une recherche à l'échelle locale permet d'évaluer l'ensemble des actions mises en œuvre par le/les Centres de Santé implantés sans se limiter aux interventions que ces centres ou les financeurs souhaitent mettre en avant au service de leurs thèses. Elle permet également de s'intéresser au contexte d'implantation des actions mises en oeuvre. Il peut être judicieux de choisir un cas implanté dans un milieu local dynamique en Promotion de la Santé/Prévention afin d'obtenir de la matière à l'évaluation de la qualité des interventions.

Ville de Seine Saint Denis, le Blanc Mesnil accueille 47 000 habitants dont un nombre important cumule les facteurs de précarité[7]. L'histoire politique de la ville est marquée par une réelle volonté de développement de l'accès à la santé : deux Centres de Santé sont ouverts : le centre médico-social Pierre Rouquès en 1948 et le Centre de Santé Fernand Lamaze en 1962[8]. Ces deux centres polyvalents accueillent chaque année plus de 21 000 usagers différents, dont 17 000 habitants du Blanc Mesnil[9]. En plus de la médecine généraliste, douze spécialités sont proposées. En 1991, la ville adhère au réseau des villes-santé promu par l'OMS. Le 27 avril 2004, le maire inaugure une série de débats sur l'avenir des Centres Municipaux de Santé de Blanc Mesnil. L'une des six séances est intitulée « Prévention articulée aux soins ; suivi longitudinal collectif et individuel ; Education pour la Santé ». Ce contexte dynamique devrait être favorable au développement d'actions de Promotion de la Santé/Prévention de qualité.

Mais qu'en est-il de la qualité des interventions en Promotion de la Santé/Prévention développées par ces Centres de Santé ?

---

dans le cadre de l'action des Centres de Santé : Rapport IGAS, 1990 ; Rapport IGAS, 1998 ; Revue Prévenir n°36 et n°37, 1999

[5] Voir Note 2.

[6] Dans les villes, il est souvent difficile de faire la part entre les actions mises en œuvre par les Centres de Santé ou d'autres services tels que les Services Municipaux de Santé, les Services d'Hygiène et de Santé, etc, notamment du fait de l'intervention de professionnels identiques dans les Centres et ces différents services. La question se pose également d'inclure les actions de certains professionnels menant dans les Centres de Santé des missions données par le Conseil Général (planification familiale, Prévention des Addictions). Le même type de difficulté se pose dans les Centres gérés par des associations ou des mutuelles qui développent leur activité à une échelle dépassant celle des Centres.

[7] A titre d'exemple, 40,9% des blanc-mesnilois sont locataires en parc HLM, le pourcentage de chômeurs est passé de 11,6% en 1990 à 17,1% en 1999

[8] FEURTET D., Maire du Blanc Mesnil, Discours inaugural des séances de travail sur l' « Avenir des Centres de Santé Municipaux de Blanc Mesnil » : 27 avril 2004

[9] MANUELLAN P.-E., *Evaluation quantitative de l'activité des CMS au Blanc Mesnil 1999-2003 :* novembre 2004

Pour répondre à cette question, cette étude visera deux objectifs : déterminer un référentiel de qualité des actions de Promotion de la Santé/Prévention et évaluer la qualité de celles mises en œuvre par les Centres de Santé du Blanc Mesnil.

Dans un premier temps, il importera de se demander dans quelle mesure il est possible d'évaluer des interventions en Promotion de la Santé/Prévention (I). Dans un second temps, une analyse de la littérature permettra de construire un référentiel de qualité des actions de Promotion de la Santé/Prévention tenant compte du positionnement des Centres de Santé et de leurs partenaires (II). C'est sur la base de ces éléments que la méthode et les résultats de l'évaluation de la qualité des interventions en Promotion de la Santé/Prévention mises en œuvre par les Centres de Santé du Blanc Mesnil seront présentés (III). Pour conclure, une analyse critique de la méthode visera à établir les principaux atouts et limites de cette étude ainsi que les perspectives qu'elle permet d'ouvrir (IV).

I. EVALUATION DES INTERVENTIONS EN PREVENTION/PROMOTION DE LA SANTE

Cette étude se propose d'évaluer des interventions en Promotion de la Santé/Prévention. Ce champ d'investigation complexe nécessite plusieurs précisions conceptuelles préalables : qu'est ce que la Promotion de la Santé, notamment au regard de la Prévention, de l'Education à la Santé et de la Santé Publique (A)? Peut-on évaluer des actions de Promotion de la Santé/Prévention et en particulier leur efficacité (B)? Comment évaluer la qualité des actions de Prévention/Promotion de la Santé (C)?

A. Qu'est ce que la Promotion de la Santé, notamment au regard de la Prévention, de l'Education à la Santé et de la Santé Publique?

L'interrogation de la base de concepts de l'INPES met en relief une grande diversité et une certaine confusion[10] des définitions pour les termes de Promotion de la Santé (8 définitions), Prévention (14), Education à la Santé (31) et santé publique (10).

Toutefois, certaines dimensions redondantes entre les définitions permettent de préciser ces concepts :

- la Promotion de la Santé inclut l'ensemble des stratégies qui visent à améliorer la santé (bien-être physique, psychique et social, déterminants inclus) de la population générale ou de groupes-cible. Le développement de l'individu est une valeur fondamentale de la Promotion de la Santé[11].
- a contrario, les interventions du champ de la Prévention visent à lutter contre les maladies en agissant sur des groupes à risque.
- l'Education pour la Santé est une stratégie reliée à des objectifs de Prévention ou de Promotion de la Santé et basée principalement sur les apprentissages (par l'information ou d'autres actions). Elle agit sur les connaissances, attitudes, comportements, valeurs, modes de prise de décision.

---

10 Un exemple de confusion entre les concepts est fourni par ces définitions des concepts « Prévention » et « Promotion de la Santé » caractérisés tous deux par la Promotion de la Santé individuelle et collective par une diversité de méthodes visant y compris l'environnement et le développement des compétences individuelles.

- « La Prévention est l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la Santé individuelle et collective au sens donné ci-dessus, c'est-à-dire à : assurer l'intégrité physique, mentale et développer les capacités vitales de chaque personne (créativité, désir, plaisir, rapport actif avec l'environnement) ; réduire les menaces que font peser sur la personne ses environnements physique, psychologique et social, et maintenir les contradictions à un niveau tel qu'elle puisse les gérer sans diminuer ses capacités vitales, ce qui implique une dynamique sociale qui renforce les possibilités de chaque personne. » Gremy F. Pissaro P. "Propositions pour une politique de Prévention, rapport au Ministre de la Santé, La Documentation Française, Paris, 1982, p. 18 ;
- « La Promotion de la Santé est un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la Santé et, de ce fait, d'améliorer leur Santé (…) » Glossaire de la Promotion de la Santé, in Santé Société, collection Promotion de la Santé, 1, Gouvernement du Québec, p.22.

11 Ces éléments sont notamment présents dans la définition donnée par l'OMS en 1986 dans la Charte d'Ottawa : « La Promotion de la Santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre Santé et d'améliorer celle-ci ».

- la santé publique vise à améliorer la santé de la population ; elle inclut la Promotion de la Santé, la Prévention et le soin. Outre l'Education pour la Santé, les stratégies sur lesquelles elle s'appuie sont la planification, la gestion et l'évaluation du système de soins et l'action politique.

Malgré ces différences théoriques, la confusion demeure sur le terrain. A titre d'exemple, l'accord national conclu en 2003 à partir d'un consensus entre les Caisses d'Assurance Maladie et les principaux représentants des Centres de Santé utilise indifféremment les quatre termes[12].

En définitive, le fait que la Prévention et la Promotion de la Santé soient plutôt des finalités d'intervention et l'Education pour la Santé une stratégie est mal connu. De plus, la question de l'inclusion de la Prévention dans la Promotion de la Santé n'est pas tranchée. En outre, dans l'hypothèse où les deux champs seraient distincts, il est souvent difficile d'associer une action de terrain pleinement à un seul de ces deux champs. Enfin, on note également une grande proximité de définition entre les concepts de Promotion de la Santé et de santé publique. En fait, lorsque la question du soin et du système de soin est en jeu, on utilisera plus généralement le terme de santé publique.

Dans le cadre de ce mémoire, les deux concepts de Promotion de la Santé et de Prévention sont donc utilisés conjointement pour qualifier globalement les interventions étudiées. La question du soin n'étant prise en compte que marginalement, le terme de santé publique n'est pas privilégié.

B. Peut-on évaluer l'efficacité des actions de Promotion de la Santé/Prévention?

De nombreux auteurs évoquent les limites de l'évaluation de l'efficacité des actions de Promotion de la Santé[13].

Des difficultés d'ordre méthodologique sont mises en relief[14] : les indices et temps de référence du changement des comportements ou de l'environnement des individus semblent difficiles sinon impossibles à définir ; l'analyse des effets des interventions suppose des approches pluridisciplinaires complexes dont la mise en œuvre est coûteuse, ce coût peut-être

[12] En effet, dans le paragraphe du préambule concernant les missions des Centres de Santé il est précisé :

> « Les Centres de Santé assurent, dans le respect du libre choix de l'usager, des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de **santé publique**, de **Prévention**, **d'Education pour la Santé** et à des actions sociales. Structures de proximité se situant au plus près des assurés et de leurs besoins, ils participent à l'accès de tous à la **Prévention** et à des soins de qualité […]. En lien avec la démarche curative, les Centres de Santé participent activement à des actions de **Prévention** et de **Promotion de la Santé**, favorisant une prise en charge globale de la santé. »

[13] O'NEIL M., *Débat international sur l'efficacité de la Promotion de la Santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ?*, version abrégée par l'auteur d'un article intitulé *Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en Promotion de la Santé*, SMP-International Journal of Public Health, 48, 2003, p.317-326, présenté dans *Efficacité de la Promotion de la Santé* : Actes du colloque organisé par l'INPES, 2004

[14] DEMARTEAU M., *Les pratiques d'action en éducation pour la Santé et leurs modes d'évaluation : réflexions critiques et questions pour la recherche* : Comité d'Education pour la Santé, ENSP, Université Victor Ségalen Bordeaux 2. Evaluer l'éducation pour la Santé : concepts et méthodes. Ed. INPES 2002, p. 35-51 ; BURY A., *Education pour la Santé, Concepts, Enjeux, Planification* : De Boeck Université, 1988

disproportionné au regard de celui des interventions ; les causalités de changement sont multiples et leurs effets sont difficiles à différencier de ceux des actions de Promotion de la Santé …

Des difficultés éthiques existent également[15] : au nom de quoi peut-on affirmer qu'un comportement est plus favorable à la santé qu'un autre ?

Toutefois, un consensus existe sur la nécessité d'évaluer les actions en Promotion de la Santé notamment pour des raisons d'ajustement des pratiques et d'obtention de financements. En tenant compte des limites, des propositions ont émergé pour évaluer les effets à court terme plutôt que ceux à long terme[16].

Toutefois, même l'évaluation des effets à court terme peut se révéler délicate. C'est pourquoi la question de la qualité des interventions est explorée.

C. Comment évaluer la qualité des actions de Prévention/Promotion de la Santé ?

De nombreux articles contribuent à la réflexion autour des bonnes pratiques[17]. Ils sont consacrés aux éléments qui sont indispensables à la mise en œuvre d'actions de qualité : des démarches participatives, partenariales, méthodologiques… Toutefois, les articles qui répertorient les critères de qualité des actions de Promotion de la Santé sont trop peu précis ou trop peu complets pour servir de référence à une évaluation. L'évaluation de la qualité des actions de Prévention/Promotion de la Santé nécessite par conséquent d'élaborer dans un premier temps un référentiel de cette qualité.

Etant donné que cette étude s'applique aux Centres de Santé, une attention particulière sera portée au positionnement des Centres de Santé et de leurs partenaires sur cette question. En effet, la qualité est également au cœur de la controverse entre les Centres de Santé et leurs financeurs qui porte largement sur les qualités méthodologiques ou participatives des actions mises en œuvre.

---

[15] ROUSSILLE B., *L'efficacité de l'Education pour la Santé* : L'éducation en Santé :enjeux, obstacles et moyens, Colloque pluridisciplinaire, Rennes, Editions CFES, janvier 1998 ; *L'éducation pour la Santé est-elle éthique ?*, La Santé de l'Homme, CFES, janvier-février 2000.

[16] Différents travaux existent sur ce point. Ainsi, Green distingue deux types d'effets : l'impact et les résultats. L'impact regroupe les effets directs ou indirects « intermédiaires », immédiats, visés ou non. Les résultats sont les effets « finaux », souvent à moyen ou long terme, tels les changements en terme de morbidité. DECCACHE A. *Evaluer la qualité et l'efficacité de la Promotion de la Santé : approches et méthodes de Santé publique et de sciences humaines* : CFES, Promotion et Education,1997 ; 4, p. 10-14

[17] Voir infra Chapitre II.

II. REFERENTIEL DE QUALITE DES ACTIONS DE PREVENTION/ PROMOTION DE LA SANTE

Dans l'objectif d'évaluer les interventions en Promotion de la Santé/Prévention mises en œuvre par les Centres de Santé, il convient de dresser une typologie de ces actions (A) avant de définir un référentiel de bonnes pratiques comme signe de leur qualité. La littérature récente[18] développe de manière récurrente plusieurs critères qui seront développés ci-dessous : l'inscription des actions dans le temps et dans une stratégie globale (B), la dimension participative (C) et la démarche méthodologique (D). Ces deux derniers points sont particulièrement importants dans le cadre de la controverse entre les Centres de Santé et leurs financeurs.

L'élaboration de ce référentiel est basée sur un examen de sources documentaires qui semblent être largement reconnues du fait de leur reproduction ou référence par des sources multiples (dossiers documentaires, ouvrages, articles…). L'évaluation devant être envisagée en fonction des valeurs des acteurs impliqués dans les interventions, les points de vue des Centres de Santé et de leurs financeurs ont également été pris en compte. Malgré ces précautions, la construction d'un référentiel d'analyse d'interventions en Promotion de la Santé/Prévention reste un exercice délicat. En effet, ce champ d'investigation est récent, en construction et basé sur des approches multiples. C'est pourquoi un outil néerlandais de management des interventions en Promotion de la Santé, PREFFI 2.0[19] testé depuis 1994 et présenté lors du colloque *Efficacité de la Promotion de la Santé* organisé par l'INPES en 2004, a été utilisé afin d'affiner les critères retenus[20].

La synthèse des critères développés ci-dessous figure en fin de chapitre.

[18] Voir à titre d'exemple : Conseil Economique et Social, 2003 ; DEMARTEAU M., 2002 ; HENCELIN L., 2004, p.1-4 ; HILLS M., CARROLL S., O'NEIL M., *Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en Promotion de la Santé : compte-rendu de quelques développements Nord-américains récents* : Efficacité de la Promotion de la Santé : Actes du colloque organisé par l'INPES, 2004 ; ROUSSILLE B., 1998

[19] MOLLEMAN G., PETERS L., HOMMELS L., PLOEG M., *Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0, Assessment Package* : NIGZ Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, 2003

[20] Preffi 2.0 est un outil d'aide à la gestion des actions de Promotion de la Santé/Prévention. Il n'est pas conçu pour des évaluations externes. De plus certains items, pointés par l'outil comme difficiles et facultatifs à renseigner, ne peuvent être utilisés pour l'analyse comparative d'une variété d'interventions. Enfin, certains items visent à préciser de manière très pointue certaines dimensions de la démarche projet (ex. : dans le cadre de l'élaboration d'un diagnostic, recherche de l'incidence, de la prévalence du problème, des coûts matériels et immatériels qu'il engendre…) et méritent d'être synthétisés. C'est pourquoi il n'a pas été appliqué directement dans le cadre de cette étude.

A. Typologie des interventions en Promotion de la Santé/Prévention :

La typologie la plus répandue des actions de Prévention[21] concerne leurs finalités. Pour une population donnée, cette typologie est la suivante :

- la Prévention primaire qui vise à diminuer l'incidence des maladies
- la Prévention secondaire qui vise à diminuer la prévalence de la maladie
- la Prévention tertiaire qui vise à diminuer la prévalence des handicaps et des séquelles

Il n'existe pas de typologie aussi largement admise des interventions en Promotion de la Santé. J. A. Bury[22] met en relief que les typologies existantes mélangent de manière peu claire les finalités, les méthodes et parfois même les publics cibles. Dans le cadre de la littérature consacrée aux Centres de Santé il existe également des classements des actions de Promotion de la Santé/Prévention. Ces typologies construites à partir des actions effectivement mises en œuvre dans les centres croisent leurs finalités et leurs méthodes[23].

La difficulté d'élaboration d'une typologie des actions en Promotion de la Santé est manifeste puisqu'elle concerne des concepts dont les limites ne sont ni précises ni partagées.

Dans le cadre de cette étude, les interventions seront classées selon les mêmes axes que ceux retenus par J.A. Bury:

- les finalités : améliorer l'environnement, améliorer la capacité des individus à agir sur leur santé, diminuer l'incidence des maladies, diminuer la prévalence des handicaps et des séquelles
- les méthodes : informer, éduquer, réglementer, dépister, rechercher des éléments d'analyse de situation (épidémiologiques ou autres)
- les groupes-cibles : usagers/habitants/professionnels, âge, sexe, origine, statut socio-économique
- les thèmes

B. L'inscription des actions dans le temps et dans une stratégie globale

Les comportements en santé et leurs effets sont influencés par de nombreux facteurs liés à l'individu et à son environnement. Leur évolution ne peut pas être durable si l'on tente de modifier ponctuellement un seul de leurs déterminants. C'est pourquoi l'efficacité des interventions en Promotion de la Santé dépend de leur inscription dans le temps et de leur dimension globale.

Lorsque l'on admet qu'une intervention doit s'inscrire dans le temps pour être efficace, la question se pose de la caractérisation de cette durée : combien de fois l'action doit-elle être

[21] Dictionnaire français de Santé Publique, Paris, Editions de Santé 1991, p. 260
[22] J.A. BURY, 1988
[23] IGAS 1990 ; SIMONICI A., THERY J.-L., *Centres de Santé Polyvalents : mission et contenu de la pratique* : Prévenir, n°36, 1999. Les rubriques les plus fréquemment évoquées sont : la Prévention individuelle (notamment en consultation, en écho au concept de « médecine lente »), la Prévention collective et la recherche/prise en compte de l'environnement local. D'autres catégories non consensuelles apparaissent comme la recherche et l'évaluation des risques professionnels ou le relais des campagnes nationales.

répétée ? Selon quel calendrier ? A quels âges de la vie ? etc… Par ailleurs, il n'existe pas de modèle unique qui pourrait servir de référentiel à l'ensemble des types d'interventions. En tenant compte de ces difficultés PREFFI 2.0 évalue la prise en compte de cette dimension dans les projets au travers de l'existence et de l'utilisation d'informations sur la durée et l'intensité selon lesquelles l'action doit être menée pour atteindre ses objectifs.

Une intervention en Promotion de la Santé/Prévention est également jugée plus efficace si elle vise plusieurs niveaux :

- en terme de territoire : national, régional, local
- en terme de cibles de changement : savoirs, savoir-faire, savoirs être ou environnement.

Dans le cadre de la problématique identifiée, les interventions en Promotion de la Santé/Prévention prises en compte dans cette étude doivent être en cohérence avec les interventions agissant à d'autres échelles territoriales et/ou sur d'autres leviers d'action. Pour ce faire, les acteurs doivent avoir cherché à les recenser et en avoir tenu compte dans l'élaboration de leurs objectifs.

C. La dimension participative

Les trente dernières années, de nombreuses Déclarations et Chartes internationales[24] ont réaffirmé la nécessité d'étayer les politiques sociales ou de santé par la participation des personnes en tant que bénéficiaire, usager ou citoyen.

La participation des usagers permet d'adapter les services aux besoins de la population en fonction des savoirs d'usage. De plus, elle est essentielle sur un plan éthique. En effet, comme l'explique P. Lecorps[25] *« la santé publique, légitimée par les savoirs des épidémiologistes […] est du côté de la morale, c'est à dire du côté de l'exigence de soumission au bien de la santé, défini de l'extérieur et imposé à tous »*. Cette définition met en relief la tentation des experts en Santé Publique de se référer à une vérité unique. Or l'affirmation d'une vérité univoque est incompatible avec la réalité complexe dans laquelle les individus doivent inscrire leurs choix. De plus, cette violence est davantage susceptible de conduire au blocage qu'au changement des

[24] La déclaration d'Alma Ata (1978) évoque le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaires qui leur sont destinées. La Charte d'Ottawa (1986) préconise la participation effective et concrète de la communauté à la définition des priorités, à la prise de décisions, à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure Santé. La déclaration de Caracas (1991) met en relief que le renforcement des dynamiques sociales internes aux quartiers en difficulté est une condition nécessaire à la participation des populations. La Déclaration de Sundswall sur les milieux favorables de 1991 stipule l'importance de « garantir une participation démocratique à la prise de décisions et à la décentralisation des responsabilités et des ressources » SFSP, Développement Social et Promotion de la Santé : la démarche communautaire , 2000

[25] LECORPS P., *Au delà de la morale, une éthique du sujet* : L'éducation pour la Santé est-elle éthique ?, La Santé de l'Homme, CFES, janvier-février 2000, p. 30-31

comportements. C'est pourquoi il est essentiel de construire les interventions en s'appuyant sur les savoirs des experts et de la population.

Ces préoccupations sont partagées au niveau local, et notamment dans les Centres de Santé. Le numéro 36 de la revue Prévenir qui leur sont consacrés présente plusieurs actions s'appuyant sur la participation des usagers ou visant à la développer[26]. En 1981, le Dr Régnier, alors médecin directeur des Centres de Santé du Blanc Mesnil, fonde l'Institut Renaudot, association qui se consacre à la promotion de la participation et dont les buts sont notamment « de valoriser les pratiques de santé communautaire[27] existantes et de susciter le développement des pratiques de santé communautaire en France »[28].

Si le principe est affirmé à tous les échelons du système de santé, il existe en réalité des degrés de participation différents [29]. Plusieurs échelles de participation tentent de rendre compte de cette réalité.

Rifkin S.B.[30] distingue 5 niveaux dans la participation : aux avantages des programmes, aux activités des programmes, à leur exécution, à leur évaluation, à leur planification. Plusieurs auteurs détaillent les niveaux de participation en fonction du pouvoir spécifique du citoyen sur la décision. Parmi eux, Hance B.J.[31] propose la classification suivante : pas de participation des citoyens, citoyen informés, citoyens consultés, co-décision, co-mise en œuvre, citoyens seuls promoteurs de l'action.

---

[26] AZAN-DELION F., *Les centres de Santé aujourd'hui – participation des usagers dans une municipalité* : p. 167-168, BELLIERE J.-C., *Participation des usagers dans le mouvement mutualiste* : p. 169-172, ESTECAHANDY P., *Les autres formes d'accueil - l'exemple de Médecins du Monde* : p. 173-176, LEFEVRE P., *Le centre de santé des Epinettes à Evry et la participation des usagers* : p. 159-166

[27] La Santé communautaire, terme parfois critiqué à cause de sa proximité avec le mot communautarisme, est une forme aboutie de la participation des habitants au développement de leur Santé.

[28] Pratiquer la Santé Communautaire, de l'intention à l'action, Institut Théophraste Renaudot, Chronique Sociale 2001

[29] voir par exemple l'article *Les Centres de Santé : pertinence et modernité*, où Claudie Gillot-Dumoutier, Présidente du Comité National de Liaison des Centres de Santé explique :

> *« Certaines municipalités mènent des enquêtes régulières ou ponctuelles auprès de leurs usagers pour évaluer l'adéquation du service rendu aux besoins de la population desservie.*
>
> *L'existence de comités d'usagers de Centres de Santé est davantage liée à des situations de crise, pour une action de type défensif, qu'à une participation effective à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets d'établissement et à la gestion organisationnelle ou financière des Centres.*
>
> *Des initiatives en matière d'éducation ou de sensibilisation à des problèmes spécifiques sont parfois prises par des associations ou des institutions qui s'appuient alors sur les dynamiques existantes dans les Centres de Santé*

L'émergence de pratiques de Santé communautaire autour de Centres de Santé est encore trop exceptionnelle»

[30] *Développement Social et Promotion de la Santé, la Démarche Communautaire* : SFSP, Collection Santé et Société, n°9, avril 2000, p. 35-36

[31] *Développement Social et Promotion de la Santé, la Démarche Communautaire* : SFSP, Collection Santé et Société, n°9, avril 2000, p. 34

PREFFI 2.0 tient compte de la participation des usagers en fonction de deux critères : le groupe-cible (ou les habitants du territoire visé) a au moins été consulté dans le cadre de la conception de l'intervention ; en fonction de la nature du projet, le groupe-cible a suffisamment participé au développement ou à la sélection de l'intervention. Toutefois, si ces questions ont la vertu d'inciter les promoteurs de projets à tenir compte de la participation, elle semble difficile à utiliser pour comparer des interventions.

Les trois échelles décrites ci-dessus sont complémentaires et elles seront retenues pour décrire la dimension participative des projets analysés. Toutefois, si les deux premières échelles facilitent l'analyse du niveau de participation des usagers, elles ne permettent pas de définir quel serait le niveau souhaitable de participation. En effet, les considérations éthiques inciteraient à choisir le niveau maximal (participation des usagers à toutes les étapes du projet par la co-décision et la co-mise en œuvre). Toutefois les usagers ne sont pas toujours disponibles pour un tel investissement. Ceux qui participent aux projets ne peuvent pas être représentatifs de l'ensemble des usagers et les décisions prises avec des professionnels, si elles sont imposées à d'autres manquent également d'éthique.

C'est pourquoi la consultation des habitants sera seule retenue comme critère de qualité dans le cadre de cette étude.

D. La démarche méthodologique

Ce point est essentiel pour l'évaluation des actions de Promotion de la Santé/Prévention et au cœur de la controverse entre les financeurs et les Centres de Santé. En effet, plusieurs Centres de Santé ont mis en œuvre des interventions selon une démarche méthodologique rigoureuse[32]. Toutefois deux rapports de l'IGAS pointent le manque de méthode et en particulier d'évaluation des actions mises en œuvre. Toutefois, ils ne précisent pas ce que serait à leurs yeux une démarche méthodologique rigoureuse qui tiendrait compte des moyens des Centres.

Dans un contexte de ressources limitées pour la mise en œuvre d'interventions locales en Promotion de la Santé, les paragraphes suivant ont pour vocation de tenter de déterminer des critères de qualité de la mise en œuvre des temps qui rythment la planification des actions de Promotion de la Santé/Prévention : l'analyse de la situation (1), la définition des priorités et des objectifs (2), la prévision des ressources et des stratégies de mise en œuvre (3), l'évaluation (4).

[32] SQUARCIONI G., *Le Centre de Santé face à un risque majeur de Santé Publique, l'exemple de l'amiante* : Prévenir n°36, 1999, p. 121-126 : un carnet « Risque Amiante » a été créé et diffusé par le Centre de Santé de la Ciotat suite à un diagnostic et une évaluation rigoureux ; VIAU A., IMBAULT P., *Prévention : le dépistage de cinq cancers* : Prévenir n°36, 1999, p. 133-136 : dans le cadre du dépistage de cinq cancers en région PACA, trois centres de santé ont élaboré un protocole commun afin de mener une surveillance systématique…

1. L'analyse de la situation

L'analyse de situation vise à recueillir des informations sur les besoins/problèmes de santé (déterminés par des experts en fonction des connaissances du moment), sur les demandes des membres du groupe-cible et sur les réponses existantes en terme d'offre ou de structures[33]. Les informations recueillies sont soit objectives (ex. : prévalence…) soit subjectives (perception du problème par les personnes). Ces deux types d'informations sont complémentaires et serviront de socle à la détermination de priorités d'actions pertinentes, cohérentes et acceptables par la population.

L'outil PREFFI envisage l'analyse de la situation en fonction de nombreux critères qui donnent à la fois des indications sur les méthodes de recueil des informations et sur la nature de ces dernières :

- la nature et la gravité du problème : problème défini, problème répandu dans le groupe-cible ou la communauté (si possible, prévalence et incidence connues), lien aux problèmes sociaux déterminé (chômage, peur du crime, addictions…)
- la perception du problème par les partenaires : accord des partenaires sur l'existence du problème, interventions des partenaires recensées
- le groupe-cible : personnes concernées (âge, sexe, statut socio-économique, origine ethnique, religion, rythmes), motivations au changement, canaux de mobilisation.
- l'analyse des déterminants du problème : existence d'un modèle théorique des déterminants du problème, connaissance des déterminants liés au comportement des personnes, connaissance des déterminants liés à l'environnement, possibilité d'action sur ces déterminants.

2. La définition des priorités et des objectifs

Les éléments retenus ci dessus permettent d'acquérir une solide connaissance du problème mais sont insuffisants à déterminer les actions prioritaires. En effet, Hanlon (1984)[34] explique que quatre composantes permettent de déterminer les priorités d'actions : l'ampleur du problème, la sévérité du problème, l'efficacité de la solution, la faisabilité du programme ou de l'intervention. Nous avons déjà évoqué la question de l'ampleur et de la sévérité, il reste à détailler celle de l'efficacité et de la faisabilité.

L'efficacité de la solution peut être connue par la recherche des solutions déjà testées et évaluées pour lutter contre le problème identifié. Toutefois, J.A. BURY explique que, dans le domaine de l'Education pour la Santé, cette notion est souvent élastique[35] et qu'elle dépend beaucoup de la faisabilité. Selon Hanlon, cinq facteurs déterminent la faisabilité d'une intervention : sa pertinence, sa faisabilité économique, son acceptabilité (culturelle, éthique, réglementaire, économique…) sa légalité et la disponibilité des ressources. Or, le schéma des interventions proposé par PINAULT et

[33] Ces éléments sont transversaux à : Agir en Promotion de la Santé : un peu de méthode : Bruxelles Santé, 2000 ; Créer un projet d'action locale en Promotion de la Santé : guide méthodologique : Contact Santé, avril 1997 ; La santé en action : CFES, 1987; BARTELEMY L., CENARD L., TULEU F., Analyser une situation : La Santé de l'Homme, n°329, juin 1997, p. 13-14 ; BURY A., *Education pour la Santé, Concepts, Enjeux, Planification :* De Boeck Université, 1988 ; GRANGER I., Promouvoir une démarche locale de Santé, exemple de méthodologie : DDASS de Seine Saint Denis, Septembre 2002 ; HENCELIN L., Conduire un projet de Prévention, De la théorie à la pratique, Lettre du centre d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances de Seine Saint Denis, décembre 2004, p.1-4 ; PINAULT R., La planification de la santé : Ed. d'agence ARC inc., 1991

[34] BURY A., *Education pour la Santé, Concepts, Enjeux, Planification :* De Boeck Université, 1988

[35] Ceci est notamment lié aux difficultés de l'évaluation des effets des actions de Promotion de la Santé. Cf supra. I. B.

DAVELUY (1986)[36] montre que les objectifs, les stratégies et les ressources de l'intervention sont définis en interaction. Les facteurs de la faisabilité dépendent de l'analyse de la situation et des objectifs et sont assurés par les stratégies et les ressources mobilisées.

Une fois les priorités déterminées grâce aux critères ci-dessus, il est possible de définir les objectifs de l'intervention. Les éléments collectés lors du diagnostic permettent de les préciser et de les décliner en cascade. Il existe différentes terminologies des types d'objectifs à préciser. L'une des plus fréquentes est : objectifs généraux (résultats généraux à atteindre, sens de l'action), objectifs spécifiques (résultats des actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs généraux) et objectifs opérationnels (ces derniers correspondent aux tâches précises à effectuer)[37].
Pour être de qualité[38], les objectifs doivent être cohérents avec l'analyse de la situation, spécifier les éléments à changer, le groupe-cible, le territoire et si possible les temps de réalisation des objectifs et la magnitude des effets (ex. : 10% de réduction des caries dentaires).

3. La planification des ressources et des stratégies de mise en œuvre

Les ressources et les stratégies mobilisées doivent assurer la faisabilité de l'action (cf supra II.A.4.b.). PREFFI propose d'évaluer leur planification en fonction des axes suivants :

- la rationalité de la stratégie d'intervention : méthodes d'intervention précisées, connaissance d'évaluations d'applications réussies ou non, expérience du promoteur de ce type d'intervention, prétest
- la cohérence, la durée, l'intensité et le calendrier de l'intervention[39]
- l'adaptation au groupe cible : participation du groupe-cible[40], adaptation du message, du support, des intermédiaires de l'intervention à la « culture » du groupe-cible (savoirs, coutumes, rôle, compétences)
- les caractéristiques du milieu d'implantation[41]
- la cohérence des ressources : les ressources humaines, matérielles et financières disponibles et nécessaires identifiées et mobilisées

4. L'évaluation

Les éléments transversaux aux définitions de l'évaluation[42] apparaissent dans ces deux citations : *Evaluer consiste fondamentalement à* ***porter un jugement*** *sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes dans le but* ***d'aider à la prise de décision***[43]*. C'est aussi* ***comparer les informations collectées*** *avec des critères, des « normes » correspondant aux*

[36] GRANGER I., Promouvoir une démarche locale de Santé, exemple de méthodologie : DDASS Seine Saint Denis, Sept. 2002
[37] *La santé en action* : CFES, 1987, BURY A., *Education pour la Santé : Concepts, enjeux, planification :* De Boeck université, 1988, GRANGER I., Promouvoir une démarche locale de Santé, exemple de méthodologie : DDASS de Seine Saint Denis, Septembre 2002, HENCELIN L., *Conduire un projet de Prévention, De la théorie à la pratique,* Lettre du centre d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances de Seine Saint Denis, décembre 2004, p.1-4
[38] voir note 36, MOLLEMAN G., PETERS L., HOMMELS L., PLOEG M., *Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0, Assessment Package* : NIGZ Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, 2003
[39] ce point est traité spécifiquement supra, II.B.2.
[40] ce point est traité spécifiquement supra, II.B.3.
[41] ce point est traité spécifiquement infra II.B.5.
[42] *Base de concepts*, http://www.inpes.sante.fr (consulté en mars 2005)
[43] CONTANDRIOPOULOS A-P, CHAMPAGNE F., DENIS J-L., PINEAULT R., *Concepts et méthodes* : L'évaluation en matière de Santé : des concepts à la pratique, CRESGE, Lille, 1992, p.17.

objectifs de l'évaluation. Cela sous-entend qu'il existe : ***une décision à prendre, un objet à évaluer, des objectifs d'évaluation, des critères, des informations à collecter***[44]. Un processus d'évaluation de qualité suppose donc la définition collective de ces éléments. En effet, comme le précise Hencelin L. [45], « *Les nouvelles démarches d'évaluation qui réussissent sont celles où il y a partage : partage d'un vocabulaire commun autour des incontournables objectifs, partage des décisions quant à la méthode, partage des outils qui la finalisent, partage des résultats entre commanditaires et bénéficiaires.* »

Ainsi, les critères de qualité du processus d'évaluation des interventions en Promotion de la Santé retenus dans le cadre de cette étude sont :

- personnes, groupes ou organisation pertinentes (promoteurs de l'action, membres du groupe-cible, et s'il y a lieu, financeurs, responsables hiérarchiques, partenaires, experts…) impliqués dans la définition du cadre de l'évaluation.
- cadre de l'évaluation défini[46] : finalités de l'évaluation (ex. formative/sommative), objectifs de l'évaluation, méthodes et critères (critères, indicateurs, sources d'informations, personnes impliquées dans la réalisation de l'évaluation)
- évaluation réalisée
- prise de décision
- partage des résultats

En plus de ces éléments de processus, PREFFI permet de juger de la qualité de l'évaluation en s'intéressant aux informations qu'elle apporte. Ce procédé est également retenu dans le cadre de cette étude. Un groupe de six questions est proposé. Si trois réponses sont positives, le processus d'évaluation est considéré comme moyennement fructueux. Dans le cas où cinq réponses sont positives, le processus d'évaluation est considéré comme fortement fructueux. Les informations recherchées sont relatives à : degré de concordance entre les activités et la planification, opinion des usagers sur les activités, couverture de l'intervention (personnes touchées, représentativité, qui a été exclu et pourquoi), degré de concordance entre les effets réels et les effets prévus, effets secondaires, conditions du succès/de l'échec.

[44] DECCACHE A., *Pour mieux choisir son évaluation… Définition et rôles des évaluations en Education pour la Santé* : Méthodes au service de l'Education pour la Santé, APES, Liège, 1989, p.2

[45] HENCELIN L., *Conduire un projet de Prévention, De la théorie à la pratique,* Lettre du centre d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances de Seine Saint Denis, décembre 2004, p.4

[46] FONTAINE D, BEYRAGUED L, MIACHON C, *L'évaluation en neuf étapes : fiches pratiques pour l'évaluation des actions et programmes Santé et Social :* Espace Régional de Santé Publique, janvier 2004

Critères d'évaluation de la qualité des interventions en Promotion de la Santé /Prévention

1. Nature des interventions en Promotion de la Santé (description)**:**

- les finalités : améliorer l'environnement, améliorer la capacité des individus à agir sur leur santé, diminuer l'incidence des maladies, diminuer la prévalence des handicaps et des séquelles
- les méthodes : informer, éduquer, réglementer, dépister, rechercher des éléments d'analyse de situation (épidémiologiques ou autres)
- les groupes-cibles : usagers/habitants/professionnels, âge, sexe, origine, statut socio-économique
- les thèmes

2. **L'inscription des actions dans le temps et dans une stratégie globale**

- inscription dans le temps : **inscrire l'intervention dans la durée**; **rechercher et utiliser les informations sur la durée et l'intensité selon lesquelles l'action doit être menée pour atteindre ses objectifs**
- cohérence avec les interventions agissant à d'autres échelles territoriales et/ou sur d'autres leviers d'action : **recenser ces interventions et en avoir tenu compte dans l'élaboration de leurs objectifs**

3. **La dimension participative**

- description par niveaux dans la participation : aux avantages du programme, aux activités des programmes, à leur exécution, à leur évaluation, à leur planification ; pas de participation des citoyens, citoyen informés, citoyens consultés, co-décision, co-mise en œuvre, citoyens seuls promoteurs de l'action ; en fonction de la nature du projet et de l'appréciation des acteurs, le groupe-cible a suffisamment participé au développement ou à la sélection de l'intervention
- critère de qualité : **avoir consulté les habitants**

4. L'analyse de la situation

Avoir recherché des éléments sur :

- la nature et la gravité du problème : problème défini, problème répandu dans le groupe-cible ou la communauté (si possible, prévalence et incidence connues)
- la perception du problème par les partenaires : accord des partenaires sur l'existence du problème, intervention des partenaires recensées
- le groupe-cible : personnes concernées (âge, sexe, statut socio-économique, origine ethnique), motivations au changement, canaux de mobilisation.
- l'analyse des déterminants du problème : existence d'un modèle théorique des déterminants du problème, connaissance des déterminants liés au comportement des personnes, connaissance des déterminants liés à l'environnement, possibilité d'action sur ces déterminants

5. <u>La détermination des priorités et des objectifs</u>

- **définir des objectifs cohérents avec l'analyse de la situation**
- **spécifier les éléments à changer, le groupe-cible, le territoire et si possible les temps de réalisation des objectifs et la magnitude des effets** (ex. : 10% de réduction des caries dentaires).

<u>6. La prévision des ressources et des stratégies de mise en œuvre</u>

Avoir prévu les ressources et les stratégies de mise en œuvre en fonction des éléments suivants :

- la rationalité de la stratégie d'intervention : méthodes d'intervention précisées, connaissance d'évaluations d'applications réussies ou non, expérience du promoteur de ce type d'intervention, prétest
- la cohérence, la durée, l'intensité et le calendrier de l'intervention -cf supra-
- l'adaptation au groupe cible : participation du groupe-cible –cf supra- , adaptation du message, du support, des intermédiaires de l'intervention à la « culture » du groupe-cible (savoirs, coutumes, rôle, compétences)
- la cohérence des ressources : les ressources humaines, matérielles et financières disponibles et nécessaires identifiées et mobilisées

<u>7. L'évaluation</u>

7.a. Avoir respecté les étapes suivantes :

- personnes ou organisation pertinentes (promoteurs de l'action, membres du groupe-cible, et s'il y a lieu, financeurs, responsables hiérarchiques, partenaires, experts…) impliquées dans la définition du cadre de l'évaluation.
- cadre de l'évaluation défini : finalités de l'évaluation (ex. formative/sommative), objectifs de l'évaluation, méthodes et critères (indicateurs, sources d'informations, personnes réalisant l'évaluation)
- évaluation réalisée
- prise de décision
- partage des résultats

7.b. Avoir produit dans le cadre de l'évaluation des informations sur au moins trois des thèmes ci-dessous

- degré de concordance entre les activités et la planification
- opinion des usagers sur les activités
- couverture de l'intervention (personnes touchées, représentativité, qui a été exclu et pourquoi)
- degré de concordance entre les effets réels et les effets prévus
- effets secondaires
- conditions du succès/de l'échec

III. ANALYSE DE LA QUALITE DES INTERVENTIONS EN PREVENTION/PROMOTION DE LA SANTE MISES EN ŒUVRE PAR LES CENTRES MUNICIPAUX DE SANTE DU BLANC MESNIL

Le référentiel défini ci-dessus, permet de procéder à l'évaluation de la qualité des actions de Prévention et de Promotion de la Santé mises en œuvre par les professionnels des Centres Municipaux de Santé du Blanc Mesnil. La première partie de chapitre est consacrée à la méthode de recueil des informations (A). Dans un second temps, les actions évaluées sont présentées et leur qualité analysée en tenant compte des éléments facilitant et des freins à leur mise en œuvre (B).

A. Méthode de recueil et de traitement des données.

En premier lieu, l'accord a été obtenu du Directeur Général Adjoint à la Santé du Blanc Mesnil, également Médecin Directeur des Centres Municipaux de Santé du Blanc Mesnil, de mener une évaluation sur les interventions de Prévention et de Promotion de la santé qui y sont mises en œuvre. Puis, différentes étapes ont jalonné le recueil des informations nécessaires à l'évaluation. Un premier temps a été consacré à la recherche et à la sélection des actions à évaluer (1). Dans un second temps, les personnes à interroger ont été recherchées et mobilisées (2). Etant donné le nombre de personnes identifiées, la méthode des questionnaires a été choisie pour le recueil des données (3). En dernier lieu, l'utilisation de questions fermées et ouvertes a nécessité une méthode adaptée de traitement de l'information (4).

1. Recherche et sélection des actions

Des entretiens menés avec le Médecin Directeur et la Directrice Administrative des Centres Municipaux de Santé du Blanc Mesnil ont permis d'identifier 18 professionnels impliqués en Prévention et Promotion de la Santé dans ces Centres. Une prise de contact avec ces professionnels a permis d'identifier une activité riche en Prévention / Promotion de la Santé[47].

[47] - 7 interventions dont la mise en œuvre a débuté en 2004 et dont des professionnels des Centres de Santé sont les promoteurs
- 1 intervention conçue en 2004, dont la mise en œuvre a débuté en 2005 et dont des professionnels des Centres de Santé sont les promoteurs
- 6 interventions débutées en 2004 et dans le cadre desquelles les professionnels des Centres de Santé intervenaient sans maîtriser l'élaboration des projets
- des interventions de Prévention/Promotion de la Santé menées dans le cadre des consultations sans être formalisées
- des interventions de Préventions menées par des professionnels des Centres de Santé au titre d'autres fonctions (ex. : vaccinations mises en œuvre par un médecin au titre de sa fonction de responsable du Service Communal d'Hygiène et de Santé)

Le choix des interventions évaluées a été fait selon trois critères :

- interventions mises en œuvre en 2004 ou sur l'année scolaire 2004-2005.
- interventions mises en œuvre par des professionnels dans le cadre de leurs fonctions exercées pour les Centres Municipaux de Santé
- interventions dont les professionnels des Centres de Santé maîtrisent la qualité, c'est à dire dont ils sont les promoteurs.

Ces critères ont conduit à privilégier l'étude des 7 actions dont des professionnels des Centres de Santé sont les promoteurs au titre des fonctions qu'ils exercent dans les Centres de Santé et dont la mise en œuvre a débuté en 2004.

2. Recherche et mobilisation des personnes impliquées dans les interventions

Dans le cadre des contacts avec les professionnels des Centres de Santé, il s'est révélé que dix d'entre eux participaient aux 7 actions identifiées. Parmi ces dix personnes, 7 d'entre elles étaient porteuses d'un projet. Les contacts avec les porteurs de projet ont permis d'identifier les autres acteurs impliqués dans les interventions : 5 responsables hiérarchiques[48], 2 financeurs, 57 partenaires[49]. Toutefois, aucun bénéficiaire n'a été identifié. En effet, les adolescents, les enfants et les parents participant aux interventions n'avaient pas été mobilisés par les professionnels des Centres de Santé. Tardifs, les contacts pris en juin avec leurs relais, des professionnels de l'éducation nationale, n'ont pas non plus permis de toucher le public visé. L'absence d'usagers questionnés dans le cadre de cette étude est une lacune importante.

Toutes les personnes identifiées ont reçu un questionnaire accompagné d'une présentation de l'étude incluant une invitation à une réunion de restitution des résultats fixée au 7 septembre (cf. Annexes 1 et 2). Les personnes dont il a été possible d'obtenir les coordonnées téléphoniques ont reçu un appel au moment de la réception du questionnaire et une relance à deux jours de la date fixée pour le retour des questionnaires. En définitive 20 personnes ont répondu[50] dont 6 étaient des porteurs des interventions, 3 des responsables hiérarchiques municipaux, 1 responsable hiérarchique fonctionnelle départementale, 1 financeur (réponse inexploitable) et 7 partenaires.

La seconde relance téléphonique a permis d'obtenir des éléments d'explication de cette faible proportion de réponses. En effet plusieurs personnes contactées se sont dites réticentes à répondre au questionnaire pour les raisons suivantes :

[48] les responsables hiérarchiques identifiés sont : trois responsables hiérarchiques municipaux (médecin directeur, directrice administrative, infirmière chef), deux responsables fonctionnels départementaux (responsable du label Arcade, responsable départementale de la planification familiale)

[49] les partenaires identifiés sont : 8 professionnels municipaux, 1 médecin, 6 infirmières et assistantes sociales et 3 enseignants de l'enseignement secondaire, 1 responsable de l'enseignement primaire, 35 instituteurs et 3 étudiants. Parmi ces personnes, 3 professionnels municipaux avaient quitté la ville.

[50] 20 personnes sur les 68 personnes identifiées et en poste ont renvoyé un questionnaire. 19 des questionnaires étaient exploitables. La relance téléphonique semble avoir été une stratégie de mobilisation essentielle. En effet, parmi les 24 personnes relancées par téléphone, 18 ont répondu. A contrario, seuls 2 instituteurs ont répondu parmi les 44 partenaires sollicités sans relance téléphonique.

- elles ne se considéraient pas comme des partenaires du projet
- elles considéraient qu'elles n'avaient pas à juger les actions des professionnels des CMS
- elles estimaient avoir des comptes à rendre à leur hiérarchie et non pas dans le cadre de cette étude
- elles estimaient leur charge de travail trop lourde pour pouvoir y ajouter la réponse au questionnaire.

Malgré le nombre important de non retour des questionnaires (48), la richesse des réponses reste sans doute largement préservée du fait de la représentation de toutes les catégories de personnes identifiées parmi les répondants, à l'exception des professeurs de l'enseignement secondaire.

3. Conception et test des questionnaires

La technique du questionnaire a été choisie du fait du nombre important de thèmes abordés dans le référentiel de qualité des actions de Promotion de la Santé, du nombre de projets et du nombre de personnes identifiées. Deux questionnaires ont été construits. Le premier, adressé uniquement aux porteurs de projet avait pour objectif de vérifier l'adéquation des projets avec les critères de qualité de cette étude. Il était composé essentiellement de questions fermées adaptées à partir du modèle de PREFFI (voir Annexe 1). Le second questionnaire composé de question ouvertes a été adressé à l'ensemble des porteurs afin de mieux comprendre les éléments facilitants et les freins à la mise en œuvre de projets de qualité (voir Annexe 2).

Deux tests ont été réalisés sur les deux questionnaires : auprès d'un professionnel de Santé Publique et auprès d'une infirmière du Service d'hygiène du Blanc Mesnil au profil très proche des personnes identifiées dans le cadre de l'étude. Ces tests ont permis de clarifier certaines questions et de valider les questionnaires.

4. Traitement de l'information

Le traitement des questions ouvertes a supposé une démarche spécifique afin de synthétiser les réponses apportées dans les 18 questionnaires exploitables recueillis tout en préservant leur sens. Une première lecture des questionnaires a permis de dégager les principales catégories d'éléments de réponses puis de les classer. Le détail des 174 réponses ou éléments de réponses[51] classés par catégories figure en Annexe 3. Les non-réponses ou réponses non interprétables ont également été comptabilisées par question et exploitées dans l'analyse ci-dessous.

[51] Certaines réponses ont été divisées en différents éléments de réponse lorsqu'elles correspondaient à plusieurs catégories de réponses déduites de la première lecture des questionnaires. A titre d'exemple, *« La mise en œuvre est facilitée par l'octroi d'heures d'activités hors soins aux praticiens temps plein (généralistes, chirurgiens dentistes) ainsi que l'inscription dans le profil de poste de temps consacré à la Prévention pour d'autres professionnels et l'incitation à faire. Ce temps d'activités hors soins n'est pas gagé, a priori sur un financement extérieur à la ville ; il suppose cependant qu'une recherche de financements sera engagée »* est classé en *« disponibilité des professionnels des CMS », « mission des professionnels des CMS »* et *« autofinancement »*.

B. Evaluation de la qualité des interventions de Prévention/Promotion de la Santé des Centres Municipaux de Santé du Blanc Mesnil

Les résultats de l'évaluation de la qualité des interventions de Prévention/Promotion de la Santé des Centres Municipaux de Santé du Blanc Mesnil sont présentés selon quatre dimensions : actions analysées (1), résultats de l'analyse de la qualité des interventions (2), éléments facilitant et freins au respect des axes de qualité des interventions (3).

1. Les interventions évaluées

Les six interventions évaluées sont présentées dans le tableau ci-dessous. La septième action pour laquelle aucune information n'a été obtenue concerne l'élaboration d'un Protocole d'Accueil Individualisé à l'école et en particulier à la cantine des enfants allergiques.

Les actions mises en œuvre visent des objectifs généraux et spécifiques divers : Prévention des conduites à risque, de l'obésité, de la carie sur la dent de 6 ans, des comportements sexistes, des problèmes des adolescents et présentation des thématiques de planification familiale. Les thèmes abordés sont : alimentation, conduites à risque, violences, questions relationnelles, questions relatives à la sexualité, la dent de six ans …

Les projets évalués sont réalisés dans le cadre de l'Education Nationale et se déroulent sur l'année scolaire. Deux projets visent des classes primaires, quatre projets visent les collèges et quatre projets visent les lycées, notamment professionnels. Le nombre d'élèves visés est important dans trois projets pour lesquels il est précisé : 1500, 1150 et 150 élèves. Un seul projet vise explicitement les parents ; un autre vise directement les professionnels.

Les réponses apportées aux questions à cocher sur la finalité visée et les méthodes utilisées ont obtenu des réponses qui ne permettent pas le classement des actions mises en œuvre selon cet axe. Elles montrent par contre l'inscription des actions dans une stratégie globale. C'est pourquoi elles sont traitées dans le paragraphe ci-dessous.

2. Résultats de l'analyse de la qualité des interventions

La qualité des interventions est évaluée ici au regard du référentiel présenté au chapitre II et de ses différentes rubriques : l'inscription des interventions dans le temps et dans une stratégie globale (a), la dimension participative (b), l'analyse de la situation (c), la détermination des priorités et des objectifs (d), la prévision des ressources et des stratégies de mise en œuvre (e) et l'évaluation (f).

Présentation des actions évaluées

Titre	Prévention des conduites à risque	Prévention de l'obésité	Campagne de communication « dent de 6 ans »	Présentation activités Centres de planification	Prévention des comportements sexistes	Groupe de parole enseignants
Objectifs généraux	Connaître les aliments et leur rôle, savoir les besoins de l'organisme, adapter l'alimentation par rapport à la famille, reconnaître les situations à risques	Infléchir la courbe de progression de l'obésité dans le collège Marcel Cachin	Savoir prendre soin de la dent de 6 ans dès son arrivée en bouche (enfants visés). Inciter à un recours aux soins préventifs (parents visés)	Connaissance du corps, de la contraception, des IST et Prévention des comportements à risque (grossesses non désirées, IST) ; Prévention de la violence garçons-filles	Modification des comportements et des représentations	Faciliter la prise en charge des problèmes des adolescents en difficulté par l'information, la formation et l'écoute des adultes.
Objectifs spécifiques	Adaptation individuelle Mise en forme de façon à faire circuler les messages	*Non répondu*	Apprendre aux enfants à reconnaître la dent de 6 ans ; à se brosser efficacement les dents. Faire lire aux parents la plaquette présentant la méthode de brossage et les soins préventifs Familiariser les parents au scellement de sillons.	Intervention dans les collèges et les lycées ainsi qu'au CMS	Information sur la loi Identification du processus de pression (de l'autre, du groupe), te du contrôle abusif	Réduction des conduites à risque Dépistage précoce des adolescents en grande difficulté
Durée	Année scolaire	Année scolaire	01.2004 à 06.2005	1980 à 2005	Année scolaire	Année scolaire 2h/semaine
Territoire	Maternelles, écoles, collèges, lycées	CES M. Cachin. Sud	Classes CP	Collèges et lycées	Collèges et lycées	LEP J. Moulin
Thèmes abordés	Alimentation, corps, étiquettes produits, 5 sens.	Diététique, obésité, pratique sportive	La dent de six ans	contraception, IVG, violence, IST, relations filles-garçons	relations filles-garçons, affirmation de soi, tolérance	Addictions, problèmes relationnels, suicide des jeunes, adhésion à l'autorité…

a. Inscription des interventions dans le temps et dans une stratégie globale.

En premier lieu, l'analyse des interventions mises en œuvre montre une réelle volonté de les inscrire dans le temps. En effet, les six interventions proposent des activités répétées auprès d'un même public. Une seule action propose des activités ponctuelles à une partie du public visé. Toutefois, seulement deux porteurs de projet savent, grâce à la recherche, à des considérations théoriques ou à des rapports d'évaluation d'applications du type d'action qu'ils mettent en œuvre, selon quelle durée, quelle intensité et quelle périodicité l'action doit être menée pour atteindre ses objectifs. Parmi ces deux porteurs de projet, un seul pense que la durée, l'intensité et la périodicité de l'action qu'il mène correspond aux indications préconisées. En définitive, on ignore si l'inscription dans le temps des interventions est adaptée aux objectifs visés.

D'autre part, les interventions mises en œuvre tendent également à s'inscrire dans une stratégie globale. En effet, chacune des interventions mise en œuvre vise plusieurs niveaux : en terme de finalité[52], de méthodes[53], de public[54] et en terme géographique[55]. L'élaboration des projets est guidée par la motivation de lutter contre des problèmes touchant les enfants, les adolescents et les jeunes adultes en cumulant les stratégies d'intervention et en intervenant à l'échelle de tout le territoire. La différence entre les thématiques traitées montre également la complémentarité entre les actions mises en œuvre par les Centres de Santé, même si aucune action ne vise le public des personnes âgées.

Enfin, la plupart des projets mis en œuvre l'ont été après recherche des actions existantes et en complémentarité avec elles. En effet, dans le cadre de 4 des interventions, des membres de l'équipe porteuse du projet ont recensé sur le territoire du Blanc Mesnil les actions visant à lutter contre le problème identifié. Ce recensement a été réalisé dans deux cas par le biais de réunions pluridisciplinaires avec des partenaires socio-éducatifs et dans deux autres cas par la consultation des équipes enseignantes et éducatives dans les établissements de la ville. Selon 4 porteurs de projet, l'action qu'ils mènent est complémentaire de celles mises en œuvre sur le territoire sur le plan de la population visée (2 réponses), de la méthode utilisée (2 réponses), de l'offre de soin (1 réponse).

[52] l'ensemble des finalités proposées –cf Annexe 2, question 8- sont visées par plusieurs interventions : améliorer les capacités des individus à agir sur leur santé (visé par 6 interventions) ; améliorer les facteurs environnementaux agissant sur la santé (5 interventions); diminuer l'incidence des maladies (3 interventions) et diminuer la prévalence des handicaps et des séquelles (3 interventions). 5 sur 6 projets visent plusieurs finalités (2 projets en visent 4, 2 projets en visent 3 et 1 projet en vise 2)

[53] l'ensemble des méthodes proposées–cf Annexe 2, question 9- sont utilisées : l'ensemble des actions consistait à informer et à éduquer ; 5 d'entre elles consistaient à rechercher des éléments d'analyse, 2 à dépister et 1 à réglementer. Parmi les 6 actions, 5 visaient un niveau individuel et 5 un niveau collectif.

[54] le public visé est celui des mineurs, tout au long de leur scolarité, des jeunes majeurs et des professionnels (enseignants LEP).

[55] 4 actions visent des établissements de l'ensemble du territoire de la ville, 1 action vise un lycée d'enseignement professionnel accueillant des jeunes de l'ensemble de la ville. Une action est limitée à un seul collège

L'ensemble de ces éléments montrent l'importance de l'inscription des projets dans des stratégies globales tant du point de vue du cumul d'action sur des leviers de changement que du point de vue de la complémentarité avec les autres actions de Prévention et de Promotion de la Santé menées sur le territoire.

b. La dimension participative

L'analyse des questionnaires et des non-réponses fait apparaître le manque de participation des habitants dans le cadre des interventions. En effet, aucune réponse n'a été apportée à la question relative à la participation des habitants aux différents temps du projet : la planification, l'exécution, l'évaluation. La question relative aux niveaux de pouvoir des habitants n'a reçu que trois réponses. Parmi ces trois réponses, la case « sans objet » a été cochée deux fois (tandis qu'un seul projet s'adresse à des professionnels et non à des habitants). Une seule réponse stipulait que des habitants avaient été consultés pour la planification, l'exécution ou l'évaluation de l'action. Ils n'avaient ni participé aux décisions liées à une ou plusieurs de ces étapes ni à leur mise en œuvre. Une seule réponse, de surcroît négative, a été obtenue à la question « en fonction de la nature de l'action que vous menez, pensez-vous que les habitants ont suffisamment participé à sa planification, son exécution et/ou son évaluation ? ».

Cette faiblesse est un peu relativisée par la volonté d'adapter les messages, les supports de l'action à la culture du groupe-cible. En effet, tous les porteurs de projet connaissent les principales caractéristiques des personnes touchées par le problème qu'ils ont identifié. De plus, 3 des porteurs de projet ont adapté les messages, les supports, le choix ou la formation des personnes intermédiaires[56] à la culture du groupe-cible (savoirs, coutumes, rôle, compétences…). Ils l'ont fait en partant du vécu à l'intérieur des familles, en privilégiant les débats en dialogue avec le groupe, en travaillant avec l'équipe éducative, en apportant sans délais des réponses aux demandes formulées[57].Toutefois seulement deux porteurs de projet connaissent les motivations au changement de ces personnes et un seul les canaux de mobilisation de ces personnes.

En définitive, c'est davantage par un développement du dialogue que par des connaissances théoriques que les porteurs de projet adaptent au fur et à mesure leurs interventions. Toutefois, le nombre de projets participatifs et le niveau de pouvoir des habitants dans leur conception, leur mise en œuvre et leur évaluation reste inexistant ou faible. Ce manque est d'autant plus étonnant qu'au niveau national, les Centres de Santé revendiquent la mise en œuvre de projets participatifs.

[56] Personnes intermédiaires : personnes permettant de mobiliser le groupe-cible, d'agir sur leurs savoirs, savoir-faire ou savoirs être, ou d'agir sur leur environnement.

[57] Réponse à une question ouverte.

c. L’analyse de la situation

L’analyse de la situation semble avoir été menée de manière partielle par les porteurs de projets : 4 porteurs de projet n’ont pas répondu à la question sur la nature et ou à celle sur la gravité du problème visé, la perception qu’ont les partenaires du problème est connue deux fois sur trois, celle des habitants est connue 1 fois sur deux. Toutefois, tous les porteurs de projets connaissent des facteurs comportementaux du problème ciblé et 5 d’entre eux connaissent en des facteurs environnementaux. La dimension partielle de l’analyse de la situation pose en partie la question des moyens dont disposent les professionnels des Centres de Santé pour mener des analyses de situation plus approfondies.

d. La détermination des priorités et des objectifs

Les objectifs généraux des interventions sont présentés. Toutefois, les objectifs spécifiques sont le plus souvent peu précis. En effet, le groupe-cible et le territoire sont identifiés dans le cadre de toutes les interventions. Toutefois, les éléments à changer sont précis dans le cadre d’une seule intervention, même s’ils ne sont pas chiffrés. Ils sont peu précis dans le cas de 3 interventions et non indiqués dans le cadre de deux interventions. Le temps de réalisation des objectifs et la magnitude des effets attendus ne sont connus dans le cadre d’aucune intervention.

e. La prévision des ressources et des stratégies de mise en œuvre

Tous les porteurs de projets apportent un soin tout particulier au choix des stratégies mises en œuvre. En effet, 5 d’entre eux ont spécifié les méthodes de mise en œuvre de l’action dans les documents présentant l’action ; 6 d’entre eux connaissent les méthodes adaptées pour atteindre les objectifs visés grâce à la recherche, à des considérations théoriques ou à des rapports d’évaluation d’interventions du même type ; 6 d’entre eux ont choisi des méthodes correspondant aux indications préconisées pour la mise en œuvre ; enfin, 4 d’entre eux ont une expérience d’une application réussie ou non de ce type d’intervention.

Ces stratégies peuvent être mises en œuvre grâce une bonne mobilisation des ressources humaines et matérielles. En effet, tous les porteurs de projet ont recensé les ressources humaines disponibles et nécessaires à l’action. Quatre d’entre eux les ont obtenues. 5 d’entre eux ont recensé et obtenu les ressources matérielles disponibles et nécessaires. Enfin, tous les porteurs de projet ont recensé les ressources financières disponibles et nécessaires à l’action. Trois les ont obtenues et trois ne disposent pas de cette information.

En définitive, une attention particulière est portée à la recherche et au choix des méthodes et des outils d’intervention ainsi qu’à la mobilisation de ressources humaines, matérielles et, dans une moindre mesure, financière.

f. L'évaluation

Un effort particulier est porté sur l'évaluation des interventions et en particulier sur la diversité des éléments recherchés. Toutefois, le processus reste trop peu partagé et porté essentiellement par les équipes promotrices de l'intervention.

En effet, 5 des porteurs de projet ont réalisé une évaluation. En terme de processus, 4 des porteurs de projet ont précisé explicitement les finalités, les objectifs, les méthodes, les critères de l'évaluation, et pris des décisions suite à sa réalisation. 5 porteurs de projet ont partagé les résultats de l'évaluation : 4 d'entre eux les ont partagés avec leurs institutions et leurs partenaires, deux d'entre eux avec le public visé.

Quatre porteurs de projet ont répondu à la question relative aux informations recherchées dans le cadre de l'évaluation. Chacune des réponses était multiple (1 fois 6 réponses, 1 fois 3 réponses, 2 fois 2 réponses). Ainsi, il apparaît une certaine volonté d'évaluer les projets selon plusieurs aspects. Les informations recherchées étaient relatives à l'opinion des usagers sur les activités (4 réponses) ; au degré de concordance entre les activités et la planification (2 réponses) , au degré de concordance entre les effets réels et les effets prévus (2 réponses) , aux effets secondaires et aux conditions de succès ou d'échec de l'action (2 réponses) . Une des évaluations a également porté sur la couverture de l'action (personnes touchées, représentativité, qui a été « exclu » et pourquoi).

En dernier lieu, toutes les évaluations ont été réalisées par des professionnels des Centres de Santé impliqués dans l'action, 4 d'entre elles l'ont été avec des partenaires impliqués dans l'action, une d'entre elle a impliqué les financeurs, une autre des responsables administratifs des Centres de Santé. Les partenaires impliqués dans l'action ainsi que les membres de groupes cibles ont été interrogés dans le cadre de deux évaluations. Les professionnels des Centres de Santé ont été interrogés dans le cadre d'une des évaluations et les financeurs ont été interrogés dans le cadre d'une autre des évaluations.

Par conséquent, il apparaît que les équipes des projets évalués n'ont jamais été épaulées par des experts pour mener les évaluations. Il apparaît également que si les partenaires sont très fréquemment intégrés à la définition de l'évaluation, les membres du groupe cible sont absents du processus d'évaluation. De même, les responsables administratifs des centres et des financeurs participent très peu à la définition des évaluations. La prise en compte de la perception de différents types d'acteurs est limitée (au maximum trois types de partenaires ont été interrogés au cours de la réalisation de l'évaluation).

Points forts et limites de la qualité des interventions évaluées

1. **Points forts**

- des interventions inscrites dans le temps : les personnes visées sont le plus souvent rencontrées plusieurs fois, toutefois, les porteurs de projet manquent de connaissances documentées sur la durée, la périodicité, et l'intensité selon lesquelles mener les interventions afin d'atteindre les objectifs visés.

- des interventions inscrites dans une stratégie globale : elles agissent à une multiplicité de niveaux (variété des finalités visées, des méthodes employées et des publics visés ; ensemble du territoire du Blanc Mesnil couvert) ; elles sont complémentaires entre elles ainsi qu'avec celles qui sont connues et mises en œuvre par les autres acteurs du territoire. L'apport spécifique des actions mises en œuvre par des professionnels des Centres de Santé est notamment l'articulation avec l'offre de soin. Ces éléments montrent l'intensité de l'effort de Prévention réalisé par les Centres Municipaux de Santé en direction du public des enfants et des adolescents. Toutefois, si des répercussions peuvent rejaillir sur les parents, il reste une partie de la population non visée : les personnes âgées.

- des méthodes et des ressources recherchées et mobilisées : une attention particulière est portée à la recherche et au choix des méthodes et des outils d'intervention ainsi qu'à la mobilisation de ressources humaines, matérielles et, dans une moindre mesure, financière.

2.**Points moyens**

- une analyse de situation implicite et partielle : certains aspects des problèmes sont connus (déterminants), mais l'analyse de situation est insuffisamment explicitée (nature, gravité du problème) et partielle (groupe-cible, perception du problème visé par les partenaires et par les habitants).

- une définition imprécise des objectifs : les groupes-cible et les territoires visés sont spécifiés, toutefois, il subsiste un certain flou autour des éléments à changer.

- un processus d'évaluation systématiquement mis en œuvre et basé sur la recherche d'éléments multiples mais croisant les points de vue d'un nombre insuffisant de types d'acteurs.

3. Point faible

- une participation des habitants insuffisante : les habitants ont été consultés dans le cadre de la conception, la mise en œuvre ou de l'évaluation d'une seule intervention. Toutefois, une volonté existe d'adapter les interventions à la culture des groupes-cibles grâce au dialogue avec les personnes visées et les personnes - relais.

C. Eléments facilitant et freins à la mise en œuvre de qualité des interventions évaluées

L'analyse des éléments facilitant et des freins aux interventions de Prévention/Promotion de la Santé fournit une première série d'éléments de compréhension des limites de mise en œuvre des critères de qualité retenus dans le référentiel (1). Par ailleurs, l'analyse du positionnement des différents acteurs, porteurs de projets, partenaires ou responsables hiérarchiques et financiers, au regard des critères de qualité des interventions peut également apporter d'autres éléments de compréhension de l'environnement dans lequel les projets sont développés (2).

1. Eléments facilitant et freins au développement des axes de qualité des projets

Parmi les réponses apportées, il existe de nombreux thèmes redondants. Parmi les 174 éléments de réponse certains thèmes sont plus fréquemment évoqués que d'autres : le thème du partenariat apparaît 42 fois, le thème des ressources humaines (personnel des Centres Municipaux de Santé) 26 fois, celui des institutions 20 fois, celui des finances 13 fois, celui du temps 10 fois, celui des méthodes 6 fois, celui de la culture 3 fois et celui de la participation 3 fois.

Les éléments relatifs au partenariat sont cités 26 fois comme atouts et 16 fois comme freins à l'ensemble des critères de qualité des projets excepté la participation des usagers. La multiplicité des points de vue et la connaissance du territoire par les partenaires facilitent l'analyse de situation et la définition des priorités et des objectifs (4 réponses). L'appui de partenaires motivés et proches de la population est présenté comme un élément facilitant la mise en œuvre, l'évaluation et la durée des projets (13 réponses). Certaines instances de coordination sont évoquées comme élément facilitant. Toutefois, le partenariat peut apparaître comme difficile et contribuer à freiner la mise en œuvre d'interventions de qualité en cas de manque général de coordination (5 réponses) et en particulier le manque d'un projet politique d'ensemble (1 réponse), le manque de culture commune (2 réponses) et de cadre méthodologique bien défini (1 réponse) sont présentés plus fréquemment comme des freins. D'autre part, lors des rencontres avec la population, la participation est ressentie soit comme un élément facilitant lorsque la pluralité des discours sert un même objectif (4 réponses) soit comme un frein lorsque les discours des partenaires sont mal coordonnés (1 réponse) ou que la présence de certains partenaires (professionnels ou parents) freine la parole des adolescents (3 réponses). En définitive, la dimension positive du partenariat est conditionnée à une certaine habitude du travail en commun, à des rencontres régulières entre partenaires, à une bonne coordination, à une bonne cohérence avec les fonctions des partenaires, à une bonne intégration à leurs projets (en particulier aux programmes dans l'Education Nationale) ou à toute autre motivation[58].

[58] *« les infirmières et les assistantes sociales scolaires ont besoin de la collaboration avec la Planification Familiale, notamment pour les prescriptions médicales confidentielles et gratuites »*

Les éléments relatifs au personnel des Centres Municipaux de Santé sont plus fréquemment présentés comme des éléments positifs (11 réponses) que comme des freins (6 réponses). Le fait qu'il existe du personnel dont une partie des missions concerne la Prévention et la Promotion de la santé (3 réponses), que ce personnel soit disponible (4 réponses), motivé (3 réponses) compétent et expérimenté (3 réponses) favorise l'analyse de situation, la mise en œuvre et l'évaluation des projets. Toutefois, même si ce personnel est le plus souvent présenté comme tel, il est ressenti comme insuffisant en terme de nombre (1 réponse), de formation[59] (4 réponses) et parfois même de motivation, notamment au regard de l'évaluation (1 réponse).

Le thème des institutions est particulièrement développé par les responsables hiérarchiques. Elles sont tout autant présentées, comme des éléments facilitant (9 réponses) que comme des freins (11 réponses) pour l'ensemble des critères de qualité des projets. Les réponses montrent que leur impulsion favorise l'analyse de situation (1 réponse), la définition des priorités (2 réponses) et l'évaluation (1 réponse) tout comme leur soutien facilite la mise en œuvre (3 réponses) et la durée des projets (1 réponse). Toutefois, les impulsions institutionnelles ne peut être bénéfiques que si les décisions et les méthodes sont partagées[60], ainsi que si les procédures ne sont pas trop lourdes (7 réponses). La stabilité institutionnelle est également un facteur favorisant (1 réponse). L'absence de décision ou d'appui institutionnel ou politique est présenté comme un frein à la définition de priorités (3 réponses) et à la participation des usagers (1 réponse).

Les moyens financiers sont présentés comme des éléments facilitant (5 fois) ou des freins (8 fois) selon qu'ils sont pérennes (3 réponses) ou non (4 réponses). Le financement direct de la mairie pour un certain nombre de projets explique sans doute que la question financière n'a pas été davantage évoquée. En effet, cette autonomie est présentée comme un avantage (1 réponse). Toutefois, le temps de recherche de financements reste une contrainte[61](3 réponses). Sur un plan matériel, il apparaît également que les moyens mis à dispositions (salles, outils…) ne sont pas toujours adéquats[62] (1 réponse).

---

[59] *« Le frein principal est actuellement le manque de personnels particulièrement le personnel para-médical, comme les infirmières dont le métier, dans les centres de santé, devrait évoluer vers une plus grande contribution à la Prévention, qu'elle soit individuelle par les conseils personnalisés et l'éducation sanitaire ou collective. »*

[60] « *[…]la détermination des priorités et des objectifs fût d'abord le fait de la mairie […] Décidé unilatéralement, le risque était de placer la mairie dans une relation de prestation vis à vis de l'établissement. Huit rencontres et réunions avec les professeurs, avec la direction ont permis d'éviter cet écueil du aussi à l'implication individuelle des professeurs […] »*

« Les bailleurs de fonds sont en général des demandeurs d'évaluations en fin d'exercice. Cette culture prend de plus en plus place dans la gestion municipale. […] La question est bien ce que l'on évalue. Des problèmes d'échelle et d'indicateurs se posent quand il s'agit d'évaluer l'efficacité des actions. »

[61] *« La mise en œuvre est facilitée par l'octroi d'heures d'activités hors soins aux praticiens temps plein (généralistes, chirurgiens dentistes) […]. Ce temps d'activités hors soins n'est pas gagé, a priori sur un financement extérieur à la ville ; il suppose cependant qu'une recherche de financements sera engagée. »*

[62] *« La salle polyvalente du collège est extraordinaire pour les projections et interventions extra-scolaires mais produisant justement sur les élèves comme un signal de détente et de relâchement de toute nature (attitudes corporelles, conversations et apartés). Par ailleurs, elle institue une distance du type conférencier/écoutants »*

Le temps n'est présenté que comme un frein (10 fois), en particulier pour les partenaires qui l'ont cité 9 fois. En effet, les contraintes horaires, le manque de temps inter partenarial, le manque de disponibilité entravent l'analyse de situation, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions[63]. D'un autre côté le temps nécessaire à la mise en œuvre de projets de qualité est tel qu'il risque de décourager les acteurs[64].

La dimension méthodologique est présentée plutôt dans le cadre des éléments facilitant (7 réponses sur 8). En effet, un outil attractif et une méthode clairement définie contribuent à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions (3 réponses) [65] et peuvent être utilisés pour développer la participation des usagers[66] (3 réponses) ou soutenir le partenariat (1 réponse).

De manière plus minoritaire, la question de la culture de la Prévention ou de l'évaluation est évoquée comme un élément facilitant lorsqu'elle est diffusée par une institution (1 réponse) mais qui serait insuffisamment partagée (2 réponses) entre les partenaires et les professionnels des CMS.

Enfin, la participation des habitants est également citée comme un élément facilitant l'évaluation des projets (2 réponses) lorsqu'elle est suffisamment développée (1 réponse).

D'autres éléments que ceux ci-dessus expliquent spécifiquement le développement de certains axes de qualité des interventions : l'analyse de situation, l'évaluation et la participation de la population. En effet, l'analyse de situation et la définition des priorités dépendent de la mobilisation de données (8 réponses). S'il est possible de s'appuyer sur les données nationales, les données locales sont plus rares en dehors de celle fournies grâce à l'informatisation des dossiers médicaux. En second lieu, l'évaluation des actions de Promotion de la Santé et de Prévention est présentée comme plus délicate du fait de la difficulté à réaliser l'évaluation à moyen terme[67] (4 réponses).

Enfin, la participation de la population est facilitée (4 réponses) par le fait que le public soit captif - collégiens ou lycéens - (1 réponse), par l'utilisation de thèmes porteurs (1 réponse), de canaux de mobilisation (1 réponse) et l'existence d'instances de participation (1 réponse). Toutefois de nombreux freins à la participation de la population sont mentionnés (8 réponses) : les réticences par rapport aux thèmes présentés (1 réponse), la présence de certaines personnes - parents ou professionnels - entravant l'expression des adolescents (2 réponses). La mobilisation des personnes serait rendue plus difficile par

[63] « *Manque de temps en commun des membres de l'équipe pour la préparation, la réalisation des actions, difficulté à mobiliser sur les créneaux horaires, nécessité de mobiliser plusieurs personnes pas toujours disponibles»*
[64] *« la charge et le volume de travail sont des éléments de frein pour toute personne avertie »*
[65] « précision des critères d'évaluation »
[66] *« Enquête auprès des familles ; outils (théâtre, vidéo, questionnaires, rencontres) ; incitation, information.*
[67] « *Difficulté de suivre les enfants (mobilité, changement d'école). La véritable évaluation d'une telle action serait la mesure de l'atteinte carieuse des dents de 6 ans, à moyen terme; difficile dans le temps de voir l'impact de cette action sur les comportements ; La question est bien ce que l'on évalue. Des problèmes d'échelle et d'indicateurs se posent quand il s'agit d'évaluer l'efficacité des actions ; manque de recul dans le temps »*

leur manque de disponibilité[68](2 réponses), le manque d'instances de participation spécifiques[69] (1 réponse) et le manque de langage partagé professionnels/usagers (1 réponse). Enfin, la population pourrait être découragée par les décalages de discours entre les institutions (1 réponse).

2. Positionnement des porteurs de projets, partenaires et responsables hiérarchiques

Les valeurs des acteurs figurent parmi les facteurs susceptibles de faciliter ou de freiner le développement de certains axes de qualité des interventions. C'est pourquoi, la question se pose de savoir si les critères retenus pour définir la qualité des interventions dans le cadre de cette étude sont les mêmes que ceux mis en relief par les différents types d'acteurs. L'analyse de différentes sources d'informations (a) permet de mieux définir le positionnement des acteurs au regard du référentiel de qualité défini en amont (b).

a. Données sur les critères de qualité des interventions selon les catégories de personnes questionnées.

Deux sources d'information ont été utilisées pour mieux connaître les critères de qualité des interventions selon les catégories de personnes questionnées.

En premier lieu, les acteurs ont apporté les réponses suivantes à la question : *de manière générale, quels sont selon vous les critères de qualité des actions/activité de Promotion de la Santé/Prévention ?*

	Porteurs de projets	Partenaires	Resp. Hiérarchiques	Total
temps/durée		4		4
inscription dans une stratégie globale			1	1
dimension participative		1	1	2
analyse situation			2	2
définition des priorités et des objectifs		2	2	4
prévision ressources et stratégies		3	2	5
évaluation		3	2	5
Total réponses / référentiel	0	13	10	23
efficacité	4	2		6
Pertinence/ action adaptée au public-cible	1	1		2
dimension partenariale	2	2	1	5
formation des intervenants		2	2	4
appui institutionnel		1		1
Total réponses	7	21	13	41

La conception de ce tableau a supposé un classement des réponses, présenté en Annexe 4, qui ne se rapportaient le plus souvent qu'imparfaitement aux différentes catégories. En effet, la plupart des réponses apportées par les acteurs se rapportent au référentiel de qualité défini dans la seconde partie, mais de manière partielle. Ainsi, des réponses telles que « *régularité des interventions* » ont été inscrites dans la catégorie « temps/durée », « *connaissance aussi poussée que possible de la population* » dans la catégorie « analyse de situation », *« pertinence des outils :*

[68] *« Difficulté dans notre société actuelle de toucher les parents qui travaillent »*

[69] « *Hormis dans le cadre des ateliers « santé-ville », il n'existe pas de lieu spécifique pour un débat régulier sur les politiques de santé. Celui-ci est limité aux commissions municipales ad hoc. L'appel à la constitution d'un collectif d'usagers des centres de santé n'a jamais abouti. »*

adaptés, discutés, choisis au préalable avec l'équipe d'intervenants » dans la catégorie « prévision des ressources et stratégies ». D'autres réponses cumulaient différents niveaux du référentiel de qualité tels que la réponse *« action adaptée au public-cible »*, qui suppose une définition des priorités, des objectifs et une mise en œuvre en fonction de l'analyse de la situation ou la réponse *« Permettre à chacun de pouvoir apporter des modifications dans ses pratiques alimentaires sur du long terme »*, classée dans la catégorie *« efficacité »*, qui suppose notamment l'existence d'objectifs et d'une mise en œuvre inscrite dans la durée avec des ressources adaptées.

En second lieu, les « non-réponses » à la question sur les éléments facilitant (+) et les freins (-) à la mise en œuvre des différents axes de qualité des interventions ont été répertoriées :

	Non Réponses						
	Port. Projet	Parten.	Resp. Hié.		Port. Projet	Parten.	Resp. Hié.
analyse de situation +	3	5		durée +	3	5	
analyse de situation -	3	8		durée -	4	7	
priorités et objectifs +	3	4		complémentarité +	4	7	2
priorités et objectifs -	6	8	2	complémentarité -	6	7	1
mise en oeuvre +	4	5		Participation +	6	4	1
mise en oeuvre -	2	3		Participation -	5	4	1
Evaluation +	3	3		TOTAL non-réponses	55	73	7
Evaluation -	3	3		Total de réponses possibles	84	126	56

L'analyse des non-réponses donne une indication sur la connaissance de la mise en œuvre des différents axes de qualité par les acteurs. Les non-réponses peuvent en particulier indiquer les thématiques auxquelles les porteurs ont le moins donné d'importance, ou qu'ils se sentent le moins en capacité de maîtriser par manque de moyens ou de méthode ou encore dont la responsabilité reviendrait à d'autres.

b. Analyse des données

L'analyse des réponses apportées par catégories d'enquêtés a permis de mettre en relief le fait que la conception de la qualité par les porteurs de projet est fortement tournée vers le résultat tandis que celle des responsables hiérarchiques est orientée vers la dimension méthodologique et que celles des partenaires incluent ces deux tendances.

La majorité des réponses (4/7) sur la qualité des porteurs de projet était centrée sur l'efficacité de leurs interventions, c'est à dire sur l'adéquation des résultats avec les objectifs visés[70], deux autres se rapportaient à la dimension partenariale et une autre à la pertinence de l'action par rapport à la demande du public-cible. Contrairement aux autres types de partenaires, les dimensions méthodologiques sont peu présentes. Seule l'importance de l'inscription des effets dans la durée

[70] *« Permettre à chacun de pouvoir apporter des modifications dans ses pratiques alimentaires sur du long terme », « que les effets durent dans le temps », « aboutir à amener en consultation les jeunes concernés par ces items pour une bonne Prévention, donc établir un dialogue et une relation de confiance », « diminuer la violence, le racisme »*

figure dans deux réponses. Cette tendance est confirmée par le nombre de non-réponses[71] à la question sur les éléments facilitant et les freins à la mise en œuvre des différents axes de qualité des interventions. En effet, chacune des questions n'a pas été renseignée par la moitié ou plus des porteurs de projet (à l'exception de la question relative aux freins à la mise en œuvre des interventions à laquelle 4 porteurs de projet ont répondu). Les axes ayant obtenu le moins de réponses de la part des porteurs de projet sont ceux relatifs à la participation, à la complémentarité et à la définition des priorités et objectifs.

Les quatre responsables hiérarchiques ont fourni 10 sur 13 réponses correspondant clairement au référentiel de qualité. Ainsi deux réponses concernaient chacune des étapes suivantes : l'analyse de situation, la définition des priorités et des objectifs, la prévision des ressources et des stratégies, l'évaluation. Les catégories « inscription des actions dans une stratégie globale » (1 réponse) et « dimension participative » (1 réponse) ont également été mentionnées. Seules deux autres thématiques apparaissent importantes comme critère de qualité des interventions : « la formation des intervenants » (2 réponses) et la dimension partenariale (1 réponse). Cette conformité importante des réponses des responsables hiérarchiques au référentiel de qualité défini en amont est confirmée par le faible nombre de non-réponses à la question relative aux éléments facilitant et aux freins aux différents axes de qualité du référentiel (seulement 2 non-réponses à la question relative aux freins à la définition de priorités et objectifs, 3 non-réponses aux questions relatives à l'inscription des actions dans une stratégie globale et 2 non-réponses relatives à la participation).

Les réponses des partenaires se répartissent entre l'ensemble des critères de qualité apportés par les réponses des différents type de partenaires. De plus, 5 de leurs réponses mettent en relief deux catégories non abordées spécifiquement par les autres types d'acteurs : l'appui institutionnel (1 réponse) et l'inscription des actions dans la durée (4 réponses). Les 9 partenaires ayant répondu apparaissent par conséquent dans une position médiane relativement aux porteurs de projet et aux responsables hiérarchiques. Toutefois, le nombre important de non-réponses à la question relative aux éléments facilitant et aux freins à la mise en œuvre des différents axes de qualité des interventions (supérieur à la moyenne des répondants pour 10/16 des parties de la question) peut être interprété comme un certain manque de pratique de ces dimensions de réalisation des interventions.

En définitive, il apparaît que les responsables hiérarchiques et une partie des partenaires définissent la qualité des interventions selon le même type de critères que ceux retenus dans cette étude. Les porteurs de projet semblent davantage focalisés sur le résultat. Ces différences entre types d'acteurs montrent la nécessité d'un meilleur partage des connaissances et des perceptions.

IV. CRITIQUE DE LA METHODE ET PERSPECTIVES

Suite à l'analyse des résultats de cette étude, il convient de préciser les limites de la méthode employée (A) avant de présenter les perspectives ouvertes par cette recherche (B).

A. Critique de la méthode

La méthode utilisée s'est révélée comprendre plusieurs inconvénients dont une représentation partielle de l'activité des CMS du Blanc Mesnil (1), l'utilisation d'un référentiel à perfectionner (2) et la production de résultats non généralisables (3).

1. Un représentation partielle de l'activité en Prévention/Promotion de la Santé des Centres de Santé du Blanc Mesnil.

En premier lieu, comme il était précisé dans la présentation de la méthode, seules les interventions formalisées, mises en œuvre à partir de 2004, par des professionnels des CMS du Blanc Mesnil au titre de ces fonctions ont été évaluées. Ainsi, des actions « en gestation » ou mises en œuvre par la mairie du Blanc Mesnil sans l'intervention des Centres de Santé ont pu être écartées. Toutefois, une dimension de la Prévention menée par les professionnels des CMS a été perdue. En effet, les professionnels des CMS, salariés et non payés à l'acte, sont susceptibles de passer davantage de temps avec leurs patients que leurs confrères libéraux. Ce temps supplémentaire permettrait notamment une transmission plus fréquente et plus adaptée de messages de Prévention. Toutefois, le manque de formalisation de cette activité a rendu impossible son évaluation dans le cadre de cette étude et mériterait un travail spécifique.

En second lieu, il apparaissait dans les réponses aux questionnaires une certaine confusion au sujet de certains termes, comme par exemple ceux d'objectifs généraux et d'objectifs opérationnels. Par ailleurs, certaines réponses apportées par des porteurs de projet semblaient incompatibles entre elles. A titre d'exemple, un porteur de projet n'a pas coché comme finalité de cette intervention « diminuer l'incidence de maladies » alors que son intervention y correspond manifestement. Ces inconvénients sont certainement liés en partie à la longueur et à la dimension technique du référentiel d'analyse et du questionnaire qui y était lié. Leur répercussion a été limitée par l'emploi de certaines questions ouvertes permettant de mieux comprendre le sens des réponses[72]. Enfin, l'auto-administration du questionnaire a pu être une source de manque de précision.

En dernier lieu, l'absence du point de vue des habitants est une limite importante de cette étude.

[72] Exemple : Des membres de l'équipe porteuse du projet ont-ils recensé sur le territoire du Blanc Mesnil les actions visant à lutter contre le problème identifié ? □ oui □ non
Si oui, précisez selon quelles sources d'information :

2. Un référentiel de qualité des interventions en Prévention et Promotion de la Santé à perfectionner

L'un des principaux apports de cette étude est vraisemblablement l'élaboration d'un référentiel de qualité de interventions en Prévention et Promotion de la Santé. En effet, la plupart des documents existants sur la qualité des interventions a pour but d'indiquer aux promoteurs de projet l'importance d'une démarche méthodologique et participative sans préciser les jalons de cette démarche. Un seul outil offrant ces qualités, mais non traduit en français, PREFFI 2.0[73], semble exister et être testé. Toutefois, il n'est qu'imparfaitement compatible avec une évaluation externe.

Cette étude a contribué à tester le référentiel élaboré. Ce test pose la question de la qualité de certains critères. En effet, l'un des critères d'évaluation de l'inscription des actions dans le temps est « la recherche et l'utilisation des informations sur la durée et l'intensité selon lesquelles l'action doit être menée pour atteindre ses objectifs ». Or, la question se pose de la disponibilité et de l'accessibilité de telles informations. En d'autre terme, les professionnels des Centres de Santé ont-ils les moyens de trouver ce type d'information ? Si l'on répond par la négative, ce critère devrait être écarté du référentiel.

Par ailleurs, deux axes de qualité absents du référentiel émergent de l'analyse des questions ouvertes : le partenariat et la formation des intervenants. Il pourrait être intéressant d'introduire ces dimensions dans le référentiel à condition de déterminer selon quels critères ils pourraient être évalués. En effet, la littérature reste peu précise sur ces deux points.

3. Des résultats non généralisables.

L'idée de travailler sur l'évaluation des interventions en Prévention/Promotion de la Santé menées par des Centres de Santé est née du constat d'une différence de discours sur la qualité de ces interventions entre les collectifs représentant les Centres de Santé et des institutions telles que l'IGAS. Toutefois deux obstacles majeurs (l'absence de référentiel de qualité et la difficulté à identifier les Centres de Santé[74]) ont interdit de réaliser une étude permettant de faire un point sur l'activité en Prévention/ Promotion de la Santé des Centres de Santé à une échelle suffisamment importante. Ainsi, si les résultats de cette étude peuvent être utilisés dans le cadre de la réflexion sur l'avenir des Centres de Santé menée actuellement au Blanc Mesnil, il ne peuvent pas être extrapolés à d'autres Centres de Santé.

B. Perspectives

L'analyse des résultats de cette étude permet de définir plusieurs objectifs pouvant contribuer à renforcer la qualité des interventions en Prévention/Promotion de la Santé mises en œuvre par les Centres de Santé du Blanc Mesnil : améliorer la collecte et la gestion de l'information (1), mutualiser

[73] MOLLEMAN G., PETERS L., HOMMELS L., PLOEG M., *Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0, Assessment Package* : NIGZ Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, 2003

[74] Voir Notes liées à l'introduction.

les pratiques (2), définir un projet politique global de Prévention/Promotion de la santé (3) et développer la participation des habitants (4).

1. Améliorer la collecte et la gestion de l'information

Le manque d'information, s'est révélé être un frein important de la qualité des projets dans le cadre de cette étude . En effet, les porteurs de projets manquent d'informations théoriques sur les déterminants de santé, les groupes-cible, le temps (durée, intensité, périodicité), nécessaires pour atteindre les objectifs. De plus, le manque de données locales est pointé comme rendant plus fragile l'analyse de situation et la complémentarité avec les autres actions menées sur le territoire. En tenant compte de ces constats, la question se pose de la capacité des porteurs de projet, en terme de compétences, de moyens et de temps, à rechercher et à formaliser les informations.

Afin de répondre à cette question, une première étape consisterait à mutualiser les pratiques des professionnels des CMS à ce sujet pour mieux en connaître les points forts et les limites. Si l'hypothèse du manque de moyens et de temps est confirmée, plusieurs solutions pourraient être expérimentées parmi celles ci-dessous :

- formalisation d'une collaboration avec les services de documentation de l'INPES, du CIRDD et de la ville pour la recherche d'informations théoriques. Cette collaboration pourrait être soutenue par une personne chargée de centraliser, de synthétiser et de diffuser l'information.
- réalisation d'une enquête impulsée par la ville auprès des partenaires et des habitants de la ville pour mieux connaître leurs perceptions des problèmes de santé du territoire. Cette enquête pourrait être menée par un étudiant en troisième cycle de Santé Publique.

2. Mutualiser les compétences et les savoirs

La mise en œuvre d'un projet de Prévention/Promotion de la Santé suppose l'acquisition de nombreux savoirs et savoir-faire que la pratique permet petit à petit d'acquérir. Le partage des savoirs accumulés par chacun des professionnels des CMS actifs en Prévention/Promotion de la Santé, de leurs responsables hiérarchiques et de leurs partenaires permettrait certainement d'enrichir la qualité des projets. Créer un groupe de mutualisation des compétences permettrait de renforcer les compétences et de créer une culture commune en abordant les thèmes suivants :

- collecte de l'information et formalisation synthétique de l'analyse de situation
- définition de priorités et d'objectifs généraux et spécifiques
- prévision des ressources et des stratégies, mobilisation des ressources financières
- outils et centres de ressources
- évaluation : définition des finalités, objectifs, méthodes et critères
- partenariat : mobilisation, rôle et coordination
- participation des habitants : niveaux de participation et mobilisation

La réflexion pourrait être enrichie sur le plan de la méthodologie et de la participation des habitants par la collaboration de l'Atelier Santé Ville. La contribution de professionnels du Service d'Hygiène ou du Directeur de l'Information Médicale seraient également enrichissante. De plus, la participation ponctuelle d'autres acteurs, tels que les financeurs, serait également intéressante. Enfin, des comptes

rendus réguliers de ces séances de travail permettraient de capitaliser ce travail et de transmettre l'information aux partenaires qui, faute de temps, ne pourraient pas participer au groupe.

Il reste à noter que la pérennité de ce type de groupe dépend du soutien politique dont il bénéficie.

3. Définir un projet politique global de Prévention/Promotion de la santé

L'appui institutionnel fait partie des éléments facilitant la mise en œuvre de projets de qualité. Mais, au delà de cet appui, il apparaît qu'un certain nombre de décisions doivent être prise à un niveau supérieur à celui des porteurs de projet. En effet, c'est au niveau politique que les priorités doivent être définies, que les ressources et l'évaluation doivent être prévues afin d'assurer une meilleure cohérence des projets au niveau local. La définition d'un projet global permettrait d'éviter qu'une partie de la population, en l'occurrence, les personnes âgées, ne bénéficie pas de projets de Prévention mis en œuvre grâce aux Centres de Santé.

Définir un projet municipal de Prévention suppose de dresser un état des lieux des besoins et des ressources en santé du territoire. Un tel état des lieux peut s'appuyer sur les diagnostics existants tout en les complétant sur certains aspects : perception des habitants et des partenaires sur les problèmes de santé, santé des personnes âgées… Cet état des lieux permettrait de définir des priorités en terme de Prévention et de Promotion de la Santé et de donner des orientations aux professionnels des CMS impliqués dans ce type de projet. Cette dynamique constituerait un gage supplémentaire de qualité des interventions, à condition que des ressources soient mobilisées en cohérence avec les priorités définies.

4. Développer la participation des habitants

Le manque de participation des habitants est la principale faiblesse des interventions évaluées. En effet, le niveau de participation des habitants est faible ou nul dans la mise œuvre de toutes les interventions évaluées. Afin d'améliorer globalement le niveau de participation dans les interventions de Prévention/Promotion de la Santé des Centres de Santé, une double stratégie pourrait être envisagée :

- améliorer le niveau de participation des habitants dans tous les projets en s'appuyant sur le groupe de mutualisation des pratiques : formation des professionnels sur les niveaux de participation des habitants et partage des stratégies de mobilisation des habitants
- développer un projet pilote de santé communautaire en s'appuyant sur des structures représentatives, comme le Conseil Local des Jeunes, ou sur des services en contact avec le public, comme le Service des Retraités, ou sur la création d'un comité d'usagers des Centres Municipaux de Santé.

CONCLUSION

Les objectifs de cette étude étaient dans un premier temps de déterminer un référentiel de qualité des actions de Promotion de la Santé/Prévention puis d'évaluer la qualité de celles mises en œuvre par les Centres de Santé du Blanc Mesnil.

En premier lieu, le référentiel a été établi. Ce référentiel permet d'évaluer la qualité des interventions en Prévention/Promotion de la santé selon 6 axes : l'inscription des actions dans le temps et dans une stratégie globale, la dimension participative, l'analyse de la situation, la détermination des priorités et des objectifs, la prévision des ressources et des stratégies de mise en œuvre, l'évaluation.

C'est sur la base de ce référentiel qu'ont été déterminés les principaux atouts et limites de la qualité des interventions de Promotion de la Santé/Prévention menées par les Centres de Santé du Blanc Mesnil. D'une part, des points forts ont été mis en relief : l'inscription des interventions dans le temps et dans une stratégie globale, la recherche et la mobilisation de ressources et de méthodes de mise en œuvre. D'autre part, le manque de participation des usagers est apparu comme le principal point faible des interventions. Toutefois, au delà de ces tendances, une analyse plus fine montre des éléments à améliorer dans le cadre de chacun des axes évalués.

En troisième lieu, les principaux éléments facilitant et freins à la mise en œuvre d'interventions de qualité ont été recherchés se basant sur la perception des acteurs. Cette analyse a notamment montré l'importance pour la qualité des projets du partenariat, de la motivation et de la compétence des professionnels, de l'appui et des prises de décisions institutionnelles ainsi que de la mobilisation des ressources et de méthodes adaptées.

L'ensemble de ces éléments a conduit à définir des objectifs pouvant contribuer à renforcer la qualité des interventions en Prévention/Promotion de la Santé mises en œuvre par les Centres de Santé du Blanc Mesnil : améliorer la collecte et la gestion de l'information, mutualiser les pratiques, définir un projet politique global de Prévention/Promotion de la santé, développer la participation des habitants.

En définitive, cette étude a atteint ses objectifs. En effet, un référentiel de qualité des interventions en Prévention/Promotion de la Santé a été défini et a permis d'évaluer les interventions des Centres de Santé du Blanc Mesnil. Toutefois, le référentiel élaboré ne pourra être validé qu'à la condition d'être testé à une plus large échelle. De plus, les perspectives ouvertes ne pourront être mises en pratique qu'à la condition d'un travail collectif plus approfondi par les acteurs du Blanc Mesnil et à la condition d'une réelle volonté politique. Enfin, les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés à d'autres Centres de Santé et une étude sur un échantillon plus important permettrait d'améliorer la visibilité sur la qualité des interventions de Prévention et de Promotion de la Santé menées en général par les Centres de Santé.

ANNEXES

1. Lettre de présentation de l'étude aux porteurs de projet et questionnaire « actions de Promotion de la Santé/de Prévention portées par les Centres de Santé»…… ..II

2. Lettre de présentation de l'étude aux partenaires et questionnaire « Activité de Prévention/Promotion de la Santé : la contribution des partenaires »……...X

3. Tableau des réponses aux questions portant sur les éléments facilitant et freinant la mise en œuvre d'actions de Promotion de la Santé de qualité……XIII

4. Réponses à la question « Selon vous, quels sont en général les critères de qualité des actions de Promotion de la Santé/Prévention ? »……XXI

5. Bibliographie……..…XXII

ANNEXE 1 : Lettre de présentation de l'étude aux porteurs de projet et questionnaire « actions de Promotion de la Santé/de Prévention portées par les Centres de Santé»

Madame, Monsieur,

La Prévention et la Promotion de la santé font partie des activités développées par les Centres de Santé. Toutefois, la nature et les méthodes selon lesquelles les actions sont mises en œuvre sont mal connues. Cette étude vise à mieux connaître les actions auxquelles les Centres de Santé participent ainsi que les éléments facilitant et freinant leur mise en œuvre.

Vous êtes impliqué(e) dans l'activité en Prévention/Promotion de la Santé des Centres de Santé Municipaux du Blanc Mesnil. Je vous remercie de remplir le questionnaire ci-joint en présentant chacune des actions de Prévention/Promotion de la Santé que vous avez portée dans l'exercice de vos fonctions dans les CMS du Blanc Mesnil et qui ont été mises en œuvre lors de l'année civile 2004 ou de l'année scolaire 2004-2005. Un questionnaire doit être rempli pour chaque action.

Votre contribution à cette étude est précieuse. En effet, votre contribution permettra de réaliser un mémoire de Master de Santé Publique sur la qualité des actions de Prévention/Promotion de la Santé mise en œuvre par les Centres de Santé. Par ailleurs, les conclusions de ce travail pourront alimenter la réflexion sur l'action en Prévention/Promotion de la Santé des Centres Municipaux de Santé du Blanc Mesnil. Les éléments que vous apporterez resteront anonymes.

Afin de partager et de discuter les résultats de cette enquête, vous êtes convié(e) à la réunion de restitution des résultats qui sera organisée le 8 septembre 2005 à 14h.

Je vous remercie de renvoyer le questionnaire ci-joint le vendredi 1er juillet au plus tard à l'adresse suivante : Delphine Dubois Fabing, 45, rue Jules Guesde, 93 220 Gagny.

Pour tout besoin d'appui pour le remplissage du questionnaire ou tout besoin d'information complémentaire, n'hésitez pas à me contacter au 06 62 14 66 37

Delphine Dubois Fabing

Les actions prises en compte sont celles que vous avez portée dans l'exercice de vos fonctions dans les CMS du Blanc Mesnil et qui ont été mises en œuvre lors de l'année civile 2004 ou de l'année scolaire 2004-2005.

Un questionnaire doit être rempli pour chaque action.

Des modalités de réponse sont précisées par les signes suivants :
* répondez à la question si les éléments de réponse sont précisés dans tout document existant présentant/fondant l'intervention

** Cochez la ou les cases correspondant à la description de l'action : plusieurs réponses sont possibles

(Cette consigne est répétée à toutes les entêtes des questionnaires envoyés)

PRESENTATION DE L'ACTION

1. L'action est intitulée :

2. L'action a été :

   □ menée en 2004 □ menée sur plusieurs années (y compris 2004) : de …….. à …….

3. Les objectifs généraux, buts ou finalités de l'action sont* :

4. Les objectifs spécifiques[75] de l'action sont* :

5. Le territoire visé est* :

6. Le temps prévu de réalisation des objectifs est * :

7. La magnitude des effets attendus (ex. : 10% de réduction des caries dentaires) est :

8. L'action vise à ** :

   □ améliorer les facteurs environnementaux agissant sur la santé

   □ améliorer la capacité des individus à agir sur leur santé

   □ diminuer l'incidence des maladies

   □ diminuer la prévalence des handicaps et des séquelles

[75] Objectifs des actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs généraux

9. Pour y parvenir, l'action consiste à** :

□ Informer □ Eduquer[76] □ Réglementer □ Dépister □ Rechercher des éléments d'analyse de situation

□ action à un niveau individuel □ action à un niveau collectif

10. Les personnes visées sont** :

□ usagers □ habitants □ professionnels

Age : □ sans objet Sexe : □ M □ F □sans objet

Origine ethnique : □ sans objet

Statut socio-économique ciblé : □ sans objet

11. Le nombre de personnes visées est :

12. Le(s) thème(s) de l'action est/sont :

13. Selon vous, quels sont en général les critères de qualité des actions de Promotion de la Santé/Prévention ?

14. Selon vous, parmi ces critères, quels sont ceux remplis par l'action présentée?

[76] agir sur les attitudes, les comportements, les croyances, les prises de décision

LES ELEMENTS CONNUS AVANT LA CONCEPTION DE L'ACTION

Nature et gravité du problème :

15. Le problème visé par l'action est* :

16. Sans intervention efficace dans les cinq ans, le problème* :

□ peut s'améliorer tout seul □ ne changera pas □ va légèrement s'aggraver

□ va beaucoup s'aggraver □ Ne sait pas

17. La mise ne place d'une action ayant une valeur correctrice est* :

□ Très difficile □ Difficile □ Faisable □ Très facile □ Ne sait pas

Perception du problème par les habitants et les partenaires

18. Si les habitants ont été consultés, pour eux, le problème est* :

□ Pas ressenti □Peu ressenti □ Très ressenti □ Vécu comme prioritaire □ Ne sait pas

19. Si les partenaires ont été consultés, pour eux, le problème est* :

□ Pas ressenti □Peu ressenti □ Très ressenti □ Vécu comme prioritaire □ Ne sait pas

Analyse des déterminants du problème :

20. En se basant sur la littérature, un modèle théorique des déterminants du problème est-il connu ?

□ oui □ non □ Ne sait pas

21. Des facteurs comportementaux sont-ils connus comme contribuant au problème ?

□ oui □ non □ Ne sait pas

22. Des facteurs environnementaux sont-ils connus comme contribuant au problème ?

□ oui □ non □ Ne sait pas

23. La mise ne place d'une action ayant une valeur correctrice de ces déterminants est* :

□Très difficile □Difficile □ Faisable □ Très facile □ Ne sait pas

Personnes touchées par le problème :

24. Quelles sont les caractéristiques connues des personnes touchées par le problème * **?

□ Age □ Sexe □ Origine □ Statut socio-économique □ Ne sait pas

25. Les motivations au changement de ces personnes sont-elles connues ? □oui □ non □ Ne sait pas

26. Les canaux de mobilisation de ces personnes (supports, personnes relais…) sont-elles connues ?

□ oui □ non □ Ne sait pas

ELEMENTS CARACTERISANT LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Stratégie mise en oeuvre

27. Les méthodes de mise en œuvre de l'action sont-elles spécifiées dans les documents présentant/fondant l'action ? □ oui □ non

28. Savez-vous grâce à la recherche, à des considérations théoriques ou à des rapports d'évaluation d'applications du type d'action que vous mettez en œuvre si les méthodes d'action sont adaptées pour atteindre les objectifs visés ? □ oui □ non □ Ne sait pas

29. Si oui, les méthodes choisies pour la mise en oeuvre de l'action que vous menez correspondent-elles aux indications préconisées? □ oui □ non

30. Des membres de l'équipe porteuse du projet ont-ils l'expérience d'une application réussie ou non du type d'action mise en œuvre ? □ oui □ non

Durée de l'action

31. Pour un même groupe de bénéficiaires, l'action est : □ ponctuelle □ répétée

32. Savez-vous grâce à la recherche, à des considérations théoriques ou à des rapports d'évaluation d'applications du type d'action que vous mettez en œuvre selon quelle durée, quelle intensité et quelle périodicité l'action doit être menée pour atteindre ses objectifs? □ oui □ non □ Ne sait pas

33. Si oui, la durée, l'intensité et la périodicité de l'action que vous menez correspondent-elles aux indications préconisées? □ oui □ non

Complémentarité avec les autres actions

34. Des membres de l'équipe porteuse du projet ont-ils recensé sur le territoire du Blanc Mesnil les actions visant à lutter contre le problème identifié ? □ oui □ non

35. Si oui, précisez selon quelles sources d'information :

36. Selon vous, l'action que vous menez est-elle complémentaire de celles mises en œuvre sur le territoire (population visée, méthode utilisée)? □ oui □ non □ Ne sait pas

37. Si oui, précisez en quoi :

Adaptation au groupe-cible de l'action

38. Des habitants ont-ils participé** □ à la planification de l'action □ à son exécution
□ à ses bénéfices □ à son évaluation

39. Des habitants ont-ils ** □ été informés de l'action
□ été consultés pour la planification, l'exécution ou l'évaluation de l'action
□ participé aux décisions liées à l'une/plusieurs de ces étapes
□ participé à la mise en œuvre de l'une/plusieurs de ces étapes
□ sans objet

40. En fonction de la nature de l'action que vous menez, pensez-vous que les habitants ont suffisamment participé à sa planification, son exécution et/ou son évaluation ? □ oui □ non

41. Connaissez-vous grâce à la recherche, à des considérations théoriques ou à des enquêtes la « culture » du groupe-cible (savoirs, coutumes, rôle, compétences)? □ oui □ non □ Ne sait pas

42. Avez-vous adapté le(s) message(s), le(s) support(s), le choix ou la formation des personnes intermédiaires[77] de l'action à cette « culture » ? □ oui □ non □ Sans objet

43. Si oui, précisez en quoi :

Ressources

44. Les ressources humaines disponibles et nécessaires à l'action ont-elles été recensées?* □ oui □ non

45. Si oui, ont-elles été obtenues?* □ oui □ non

46. Les ressources matérielles disponibles et nécessaires à l'action ont-elles été recensées?* □ oui □ non

47. Si oui, ont-elles été obtenues?* □ oui □ non

48. Les ressources financières disponibles et nécessaires à l'action ont-elles été recensées?* □ oui □ non

49. Si oui, ont-elles été obtenues?* □ oui □ non

50. Si oui, quels sont les financeurs sollicités et ceux ayant accordé une subvention (ville comprise)* :

Financeur sollicité	Montant demandé	Subvention accordée

[77] Personnes intermédiaires : personnes permettant de mobiliser le groupe-cible, d'agir sur leurs savoirs, savoirs faire ou savoirs être, ou d'agir sur leur environnement.

EVALUATION DE L'ACTION.

Si l'action n'a pas ou ne va pas être évaluée, poursuivez au titre suivant : « contexte de l'action »

51. Quelles sont les personnes qui ont participé à la définition de l'évaluation** ?

- □ professionnels des Centres de Santé impliqués dans e l'action
- □ des partenaires impliqués dans l'action
- □ des financeurs
- □ des responsables administratifs des Centres de Santé
- □ des membres du groupe-cibles
- □ des experts de l'évaluation

52. Quelles sont les personnes qui ont été interrogées au cours de la réalisation de l'évaluation** :

- □ les professionnels des Centres de Santé impliqués dans l'action
- □ les partenaires impliqués dans l'action
- □ les financeurs
- □ les responsables administratifs des Centres de Santé
- □ des membres du groupe-cibles
- □ des experts de l'évaluation

53. Les finalités de l'évaluation sont-elles précisées explicitement ?* □ oui□ non

54. Les objectifs de l'évaluation sont-ils précisés explicitement ?* □ oui □ non

55. Les méthodes et critères retenus pour l'évaluation sont-ils précisés explicitement ?* □ oui □ non

56. L'évaluation a-t-elle été réalisée ? □ oui □ non

57. Des décisions ont-elles été prises suite à l'évaluation (arrêt, modification de la méthode…) ? □ oui □ non

58. Les résultats de l'évaluation ont-ils été partagés ? □ oui □ non

59. Si oui, avec qui et comment ?

60. Les informations recherchées dans le cadre de l'évaluation sont-elles relatives à** :

- □ degré de concordance entre les activités et la planification
- □ opinion des usagers sur les activités
- □ couverture de l'action (personnes touchées, représentativité, qui a été « exclu » et pourquoi)
- □ degré de concordance entre les effets réels et les effets prévus
- □ effets secondaires
- □ conditions du succès/de l'échec de l'action

CONTEXTE DE L'ACTION

Précisez quels sont les éléments facilitant et les freins à la mise en œuvre des actions de Prévention/Promotion de la Santé en fonction des étapes suivantes :

Ces éléments facilitant et ces freins peuvent par exemple être relatifs au positionnement, au niveau de participation, à la formation, aux motivations, aux priorités des acteurs impliquées dans l'action, de leurs partenaires et des autres professionnels de leur institution ; aux mécanismes de communication entre ces personnes ; à la mobilisation des ressources humaines, financières, matérielles… etc…

	Eléments facilitant	*Freins*
Analyse de la situation		
Détermination des priorités et des objectifs		
Mise en oeuvre		
Evaluation		
Inscription de l'action dans la durée		
Complémentarité avec les autres actions du territoire		
Participation des habitants		
Participation des partenaires		

ANNEXE 2 : Lettre de présentation de l'étude aux partenaires et questionnaire « Activité de Prévention/Promotion de la Santé : la contribution des partenaires »

Madame, Monsieur,

La Prévention et la Promotion de la santé font partie des activités développées par les Centres de Santé. Toutefois, la nature et les méthodes selon lesquelles les actions sont mises en œuvre sont mal connues. Cette étude vise à mieux connaître les actions auxquelles les Centres de Santé participent ainsi que les éléments facilitant et freinant leur mise en œuvre.

Vous êtes impliqué(e) dans une action de Prévention/Promotion de la Santé menée grâce aux Centres Municipaux de Santé du Blanc Mesnil. Je vous remercie de remplir le questionnaire ci-joint.

Votre contribution à cette étude est précieuse. En effet, votre contribution permettra de réaliser un mémoire de Master de Santé Publique sur la qualité des actions de Prévention/Promotion de la Santé mise en œuvre par les Centres de Santé. Par ailleurs, les conclusions de ce travail pourront alimenter la réflexion sur l'action en Prévention/Promotion de la Santé des Centres Municipaux de Santé du Blanc Mesnil. Les éléments que vous apporterez resteront anonymes.

Afin de partager et de discuter les résultats de cette enquête, vous êtes convié(e) à la réunion de restitution des résultats qui sera organisée le 8 septembre 2005 à 14h.

Je vous remercie de renvoyer le questionnaire ci-joint le vendredi 1er juillet au plus tard à l'adresse suivante : Delphine Dubois Fabing, 45, rue Jules Guesde, 93 220 Gagny.

Pour tout besoin d'appui pour le remplissage du questionnaire ou tout besoin d'information complémentaire, n'hésitez pas à me contacter au 06 62 14 66 37

Delphine Dubois Fabing

Lors de l'année civile 2004 ou de l'année scolaire 2004-2005, vous avez participé à l'action……. en collaboration avec …….[78].

Je vous remercie de répondre aux questions suivantes au sujet de cette action.

1. Précisez quels sont les éléments facilitant et les freins à la/les action(s) stipulée(s) en introduction en fonction des étapes suivantes :

Ces éléments facilitant et ces freins peuvent par exemple être relatifs au positionnement, au niveau de participation, à la formation, aux motivations, aux priorités des acteurs impliquées dans l'action, de leurs partenaires et des autres professionnels de leur institution ; aux mécanismes de communication entre ces personnes ; à la mobilisation des ressources humaines, financières, matérielles… etc…

	Eléments facilitant	*Freins*
Analyse de la situation		
Détermination des priorités et des objectifs		
Mise en oeuvre		
Evaluation		
Inscription de l'action dans la durée		

[78] Cet intitulé est réservé aux partenaires impliqués dans la définition et/ou la mise en œuvre de l'action. L'intitulé réservé aux supérieurs hiérarchiques est : Lors de l'année civile 2004 ou de l'année scolaire 2004-2005 des professionnels des Centres de Santé ont mis en œuvre des actions de Prévention/Promotion de la Santé. Merci de répondre aux questions suivantes à leur sujet. L'intitulé réservé aux partenaires financiers est : Lors de l'année civile 2004 ou de l'année scolaire 2004-2005, vous avez financé les actions de Prévention/Promotion de la Santé présentées par les Centres Municipaux de Santé du Blanc Mesnil et intitulées : …….. . Merci de répondre aux questions suivantes à leur sujet.

Complémentarité avec les autres actions du territoire		
Participation des habitants		
Participation des partenaires		

2. De manière générale, quels sont selon vous les critères de qualité des actions/activité de Promotion de la Santé/Prévention ?

3. En s'attachant à nouveau à la/les action(s) citée(s) en introduction, quels sont les critères de qualité selon vous remplis par cette/ces action(s)? Préciser en quoi les critères retenus sont effectivement remplis par l'action/l'activité.

Précisez :
votre fonction :
votre institution :

ANNEXE 3 : Tableau des réponses aux questions portant sur les éléments facilitant et freinant la mise en œuvre d'actions de Promotion de la Santé de qualité.

A : porteur de projet P : Partenaire HF : responsable hiérarchique

		thème réponses	Nombre de réponses	réponses in extenso/extraits de réponses (retrait des éléments nominatifs)
Analyse de situation				
		Non réponses	**3 A 5 P**	
éléments facilitant		**Non interprétable**	**1A 4P**	
	partenariat	partenariat	1P 1hf	
	spécifique	demande initiale	2A 1 hf	de plusieurs partenaires (2A)
	spécifique	analyse en amont	1hf	Pour la plupart des actions engagées, celles-ci relèvent de programmes déterminés par des institutions extérieures à la commune, telles que le département, l'Etat, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, etc. (Praps, Fndpeis, Accord National, activités préventives conventionnées, Programmes de Prévention bucco-dentaire). Ces institutions définissent leurs propres priorités en fonction de critères politiques, comptables, scientifiques, etc. La ville, les Centres de Santé municipaux répondent aux appels d'offres. Les projets retenus doivent ensuite être mis en œuvre. Sur le principe, les choses sont simples, le cadre est tracé.
	ressources humaines (RH)	ressources humaines	1hf	Les actions qui émanent de la commune elle-même peuvent bénéficier de la présence d'experts qui interviennent sur des études ou en appui méthodologique (DIM, chargés de mission).
	culture	culture départementale	1hf	L'adhésion au programme de Prévention bucco-dentaire départemental puis la création d'une mission « toxicomanie » ont posé les bases d'une politique de Prévention individuelle et collective.
	spécifique	données locales	2hf	informatisation du dossier médical
	spécifique	statistiques santé nationales	1 hf	
freins		**NON RÉPONSES**	**3 A 8 P**	
		non interprétable	**1A 3P**	
	RH	Manque de personnel	1 part	
	culture	Manque de culture Prévention des personnels	1 hf	Par ailleurs, une culture de Prévention fait défaut à une majorité de personnels des centres très orientés vers une activité curative.
	temps	contraintes horaires	1 part	
	institutions	cadre institutionnel contraignant	1 part + 1hf	

	spécifique	manque de données locales	3 hf	L'analyse de la situation sanitaire locale manque cependant d'indicateurs, même si un effort est fait dans ce sens par les services de l'Etat et du département.
	participation	manque de participation des parents	1 part	parents ne se sentent pas toujours concernés, questionnaires non remis ou complétés n'importe comment
	financement	financement	1 hf	Il faut dire que le paiement à l'acte, source principale de financement des Centres de Santé n'est pas incitatif à une autre orientation. La Prévention a été par le passé limitée aux activités préventives pour lesquelles les centres étaient conventionnés : planification familiale, hygiène alimentaire et alcoologie, dépistage des tumeurs
Priorités et objectifs				
éléments facilitant		**NON RÉPONSES**	**3 A 4 P**	
		non interprétable	**2A 3P**	
	RH	expertise professionnels terrain	1A, 2hf	expertise des partenaires sur le terrain; expérience par les professionnels : connaissance des problèmes de santé
	partenariat	multi partenariat	1P 1hf	
	spécifique	connaissances scientifiques et statistiques	1 hf	
	spécifique	positionnement médecin directeur	1 hf	Une délégation de pouvoir est donnée à la direction des services pour la détermination des projets au niveau de leur élaboration. La validation politique est requise pour le financement que celui-ci soit municipal ou externe à la ville. Le positionnement actuel du médecin directeur dans l'organigramme de l'administration communale est un facteur facilitant.
	institutions	décision unilatérale	1P + 1hf	prise de décision par la mairie, recherche d'adhésion des institutions et acteurs partenaires ; priorités définies par les financeurs : PRAPS, PRS, Accord National…
freins		**NON RÉPONSES**	**6 A 8 P 2hf**	
	spécifique	manque de données locales	2hf	impossibilité d'avoir des données chiffrées de résultat par absence de situation de départ; connaissances partielles des professionnels
	institutions	manque d'implication des élus	1hf	
	institutions	manque de prise de décision locale	1hf	Un certain nombre de priorités et d'objectifs est cependant défini par des institutions extérieures comme cela a été dit plus haut. Leur choix à l'échelon local reste fortement marqué par le point de vue des experts impliqués.

	partenariat	manque de réflexion collective locale	1hf	Des lieux de débat, associant politiques (gestionnaires), professionnels et usagers manquent. Il existe donc à la fois une dispersion dans les options et les méthodes et une réduction du champ des possibles par l'instauration d'une forme de clientélisme : les actions se font prioritairement là ou il y a de la demande et de la relation.
Mise en œuvre				
éléments facilitant		**NON RÉPONSES**	**4 A 5 P**	
		non interprétable	**1A 3P**	
	partenariat	mobilisation, motivation, appui par des partenaires de terrain	2A, 3hf	bonne connaissance du groupe enseignant par l'infirmière scolaire; rapprochement d'une quinzaine d'élèves vulnérables des réseaux institutionnels de soutien.
	institutions	appuis institutionnel	1A, 2hf	avoir pour allié la direction de l'établissement
	partenariat	partenariat intervention	2 part	pour encadrer les enfants, hétérogénéité des intervenants pour faire passer un même message de manières différentes
	partenariat	partenariat organisation	2 part, 1hf	pour faciliter la prise en charge
	partenariat	partenariat : habitude/durée de travail commun	2 part	tout le monde, y compris l'administration est au courant ; meilleure compréhension des problématiques de l'établissement
	RH	compétence disponibilité des professionnels des CMS	1 part, 3 hf	La mise en œuvre est facilitée par l'octroi d'heures d'activités hors soins aux praticiens temps plein (généralistes, chirurgiens dentistes) ainsi que l'inscription dans le profil de poste de temps consacré à la Prévention pour d'autres professionnels et l'incitation à faire.
	RH	motivation des promoteurs de projet	2 hf	
	partenariat	rencontres entre partenaires	1 part	
	partenariat	intégration du projet à ceux des partenaires	1 part	intégrer le projet au projet d'établissement, permettre aux élèves de réaliser leur projet professionnel pluridisciplinaire
	méthodes	outil attractif	2 part	
	financement	financement fonds propres	1 hf	Ce temps d'activités hors soins n'est pas gagé, a priori sur un financement extérieur à la ville ;
freins		**NON RÉPONSES**	**2 A 3 P**	
		non interprétable	**1A 1P**	
	partenariat	partenaires : manque d'implication	1A, 1P, 3hf	difficulté à avoir l'adhésion des professeurs, difficulté à mobiliser les parents ; D'autres difficultés proviennent de la conception que les partenaires se font de la Prévention. C'est ainsi qu'un certain nombre d'établissements scolaires s'adressent aux équipes des Centres de Santé comme à des prestataires de service (demande de prestations « clefs en mains ») et non comme à des co-élaborateurs de projets et de programmes.

	institutions	institutions : manque d'implication	1A, 1P, 1hf	Bien qu'adopté et présenté comme un projet d'établissement, la réalité du fonctionnement des établissements fait que ce projet est porté par quelques individualités.
	partenariat	manque de temps et travail interpartenarial	1A + 4P	Manque de temps en commun des membres de l'équipe pour la préparation et la réalisation des actions, difficulté à mobiliser sur les créneaux horaires, nécessité de mobiliser plusieurs personnes pas toujours disponibles, difficulté à faire toute l'organisation interne et externe en tenant compte des rythmes et des emplois du temps;
	partenariat	Manque de coordination	1P	
	partenariat	Inadéquation avec les programmes scolaires	3P	difficulté pour les professeurs de faire le lien avec les programmes, de voir ce que ça va leur apporter.
	partenariat	Place des partenaires	1P	Un questionnement subsiste sur la place des professeurs . Cette présence est souhaitée, néanmoins elles peut-être aussi contre-productive, "bloquer la parole des élèves", mais elle est toujours régulant.
	RH	manque de personnels formés	1P 1hf	Le frein principal est actuellement le manque de personnels particulièrement le personnel para-médical, comme les infirmières dont le métier, dans les Centres de Santé, devrait évoluer vers une plus grande contribution à la Prévention, qu'elle soit individuelle par les conseils personnalisés et l'éducation sanitaire ou collective.
	RH	manque de personnel expérimenté	1hf	
	RH	Changements d'équipes	1P	
	financement	mobilisation des ressources financières	1P	
	financement	matériel	2P	disposition inadéquate et manque de disponibilité des salles, lenteur ou délais pour obtenir le matériel de communication : affiches…
Evaluation				
éléments facilitant		**NON RÉPONSES**	**3 A 3 P**	
		non interprétable	**2A 3P 1hf**	
	RH	motivation des promoteurs de projet	1A	
	partenariat	motivation des partenaires	2P	
	RH	expérience des professionnels	1hf	
	institutions	accord des institutions	1P	
	participation	participation des bénéficiaires	2P	retour des élèves, mais non exhaustif, grâce à des contacts avec eux
	spécifique	critères	1hf	précision des critères d'évaluation

	institutions	demande par les financeurs	1hf	Les bailleurs de fonds sont en général demandeurs d'évaluations en fin d'exercice. Cette culture prend de plus en plus place dans la gestion municipale.
freins		**NON RÉPONSES**	**3 A 3 P**	
		non interprétable	**2A 3P 1hf**	
	partenariat	manque d'implication partenaires	1A	
	RH	manque de motivation professionnels	1hf	Les professionnels sont assez rétifs à l'évaluation. Le droit qui requerrait de la part des médecins une obligation de moyens et non une obligation de résultats est cependant en train d'évoluer.
	RH	manque de formation des professionnel	1hf	
	temps	manque de temps et de disponibilité	3P	ce processus, quand il se passe, peut-être lourd pour les professeurs comme pour les intervenants puisqu'il se passe pour chacun sur du temps "extra"-non prévu- soir ou midi
	partenariat	manque de partage de l'information	1P	
	spécifique	difficulté à réaliser l'évaluation à moyen terme	4 hf	Difficulté de suivre les enfants (mobilité, changement d'école). La véritable évaluation d'une telle action serait la mesure de l'atteinte carieuse des dens de 6 ans, à moyen terme; difficile dans le temps de voir l'impact de cette action sur les comportements ; La question est bien ce que l'on évalue. Des problèmes d'échelle et d'indicateurs se posent quand il s'agit d'évaluer l'efficacité des actions ; manque de recul dans le temps (lié aux financements)
	spécifique	inadéquation protocoles d'évaluation	1hf	On a le sentiment par ailleurs que certains protocoles d'évaluation sont formatés pour conclure à des échecs ou des insuffisances.
		Durée		
éléments facilitant		**NON RÉPONSES**	**3 A 5 P**	
		non interprétable	**2A 1P**	
	partenariat	travail en réseau	1 hf	
	partenariat	soutien des partenaires	1A	
	institutions	soutien des institutions	1A	
	institutions	stabilité institutionnelle	1 hf	Les Centres de Santé municipaux de Blanc-Mesnil ont bénéficié d'une certaine stabilité de leurs équipes dans le temps (trois médecins directeurs en 70 ans d'existence !). Cette stabilité va de pair avec la stabilité politique de la direction municipale et de la direction départementale.
	financement	pérennité financement	1P + 2 hf	financement obtenu pour 3 ans; adéquation de l'action aux priorités des financeurs
	RH	mission du porteur de projet	1P	journée de la semaine prévue et consacrée à la Prévention dans l'emploi du temps d'un professionnel du CMS

	RH	motivation des équipes CMS	1P + 3hf	volonté des professionnels "endurance"
	partenariat	inscription du projet dans un programme	2P	répétition du sujet dans les programmes scolaires : connaissance de la dentition des carnivores, des herbivores, des omnivores… ; analyse sur deux ans
	spécifique	projet pertinent	1hf	
freins		**NON RÉPONSES**	**4A 7P**	
		non interprétable	**1A**	
	RH / partenariat	Changements d'équipes	1A, 1 hf	
	financement	financements : temps de recherche, manque de pérénité	1P, 4hf	Demande de financement à refaire chaque année sans assurance d'accord; parfois, les priorités changent; A la différence de la politique préventive départementale, qui, contre vents et marées, s'inscrit dans la durée, celles de l'Etat et de la Sécurité Sociale sont à court terme. Les financements ne sont pas garantis d'une année sur l'autre.
	temps	temps et mobilisation des partenaires	1P	la charge et le volume de travail sont des éléments de frein pour toute personne avertie

Complémentarité

éléments facilitant		**NON RÉPONSES**	**4A 7P 2hf**	
		non interprétable	**1A 1P**	
	partenariat	bonne coordination avec les autres acteurs	1A, 2hf	l'existence d'une organisation sanitaire et de réseaux liés à la nature municipale des Centres de Santé conduit à une complémentarité des actions. La mise en œuvre des ateliers santé-ville, la problématique qu'ils posent est un facteur facilitant; dépend du degré de communication et de coopération entre les professionnels
freins		**NON RÉPONSES**	**6A 7P 1hf**	
	spécifique	Manque d'information	1P + 1hf	
	spécifique	Manque de recherche d'information	1hf	Les équipes des Centres de Santé se sont longtemps maintenues dans une superbe ignorance de ce qui se faisait ailleurs, par d'autres services municipaux (dénommés « la mairie »…).
	partenariat	Manque de coordination	3hf	Beaucoup d'actions. On a l'impression que "chacun agit dans son coin"; L'inexistence aujourd'hui d'une réelle coordination des actions de Prévention est un handicap ; dépend du degré de communication et de coopération entre les professionnels
	institutions	manque d'action politique	1 hf	

Participation des usagers				
éléments facilitant		**NON RÉPONSES**	**6A 4P 1 hf**	
		non interprétable	**1P**	
	méthodes	utilisation de méthodes pour développer la participation	2P, 1hf	enquête auprès des familles; outils (théâtre, vidéo, questionnaires, rencontres); incitation, information
		public captif	1P	
		utilisation de canaux de mobilisation	1hf	partenariat avec l'école et autres structures de la petite enfance
		existence d'instances de participation	1 hf	Des instances de participation des habitants aux politiques municipales existent au niveau local. Des ateliers se sont tenus pendant un an avec une (faible) participation des habitants pour débattre de l'avenir des Centres de Santé municipaux.
		thème porteur	1hf	
freins		**NON RÉPONSES**	**5A 4P 1hf**	
		non interprétable	**1P**	
		réticence par rapport au thème	1A	réticence des parents d'élève concernant la contraception d'urgence
		présence de personnes-censure	2A	la présence de ces parents dans les débats génère une censure; frein des jeunes par rapport aux adultes, peur d'être jugés quand ils sont en groupe
		difficulté à accéder aux usagers	1P, 1hf	difficulté dans notre société actuelle de toucher les parents qui travaillent
		manque de lisibilité	1P	décalage du discours entre les institutions
		manque d'instance de participation spécifique	1hf	Hormis dans le cadre des ateliers « santé-ville », il n'existe pas de lieu spécifique pour un débat régulier sur les politiques de santé. Celui-ci est limité aux commissions municipales ad hoc. L'appel à la constitution d'un collectif d'usagers des Centres de Santé n'a jamais abouti.
		manque de langage partagé professionnels/usagers	1hf	L'adhésion individuelle à des messages de Prévention relève à la fois d'un langage partagé avec le professionnel de santé et d'une éthique de la part de celui-ci. L'élaboration de ce langage, la formulation de cette éthique sont loin d'être acquises chez tous les professionnels. Le discours du médecin, selon J.Lacan, est le discours du maître et pour Anna Harendt, on n'échange vraiment qu'entre égaux. C'est peut-être pour cette raison que les messages véhiculés par les agents moins socialement éloignés de la majorité des patients des centres, comme les infirmières, passent mieux.
		manque de volonté des élus	1 hf	
		manque de volonté de la direction	1 hf	

Partenariat				
éléments facilitant		**NON RÉPONSES**	**4A 5P**	
		personnes relais	1A	infirmières scolaires présentes et relais entre les équipe pédagogiques et les structures
		motivation des partenaires, cohérences avec leur fonction	1A, 3hf	les infirmières scolaires et les assistantes sociales ont besoin de la collaboration avec les CPEF, notamment pour des prescriptions médicales gratuires et confidentielles
		proximité géographique et institutionnelle	4P	proximité du Centre de Santé; Centre de Santé municipal
		habitude	1P, 1hf	suivi : habitude de travail en commun
		outil	1 hf	outil facile à utiliser
		cadre méthodologique bien défini	1 hf	
freins		**NON RÉPONSES**	**5A 7P**	
		personnes barrage	1A 1P	Certaines personnalités font obstruction ou ne facilitent pas la mise en place des actions
		Manque de coordination	1P	Décallage de discours entre les institutions
		thème	2 hf	Manque de connaissances des médecins sur l'importance de la santé bucco dentaire; imposer un thème
		manque de motivation (promoteurs de projet ou partenaires)	1hf	
		Manque de culture partagée sur la Prévention	1hf	

ANNEXE 4 : Réponses à la question « Selon vous, quels sont en général les critères de qualité des actions de Promotion de la Santé/Prévention ? »

A : porteur de projet P : Partenaire HF : responsable hiérarchique

temps/durée	4P	Régularité des interventions; possibilité de prise en charge et de réponse aux questions posées pendant l'intervention; inscription dans un projet : non ponctuel; le temps : une bonne planification, un timing équilibré dans l'année
inscription dans une stratégie globale	1 hf	L'action doit s'inscrire dans un projet global d'amélioration de la santé sur le territoire.
dimension participative	1P 1hf	Adolescents partants, interactif
analyse situation	2hf	Connaissance aussi poussée que possible de la population; L'action doit répondre aux besoins de la population, aux problèmes détectés par les professionnels
choix priorités obj	2P 2hf	objectifs précis et peu nombreux; les objectifs : clairement déclinés et précisés au fur et à mesure du déroulement de l'action; des objectifs précis et mesurables; Définir préciçsément ce qu'est un niveau de santé, en quoi il peut être amélioré, de quelle population il s'agit.
prévision ressources et stratégies	3P, 2hf	Cohérence des intervenants sur les objectifs; clarté des discours; pertinence des outils : adaptés, discutés, choisis au préalible avec l'équipe d'intervenants; des outils pertinents et testés, adpatés à la cible et des moyens en rapport; méthode adaptée à la population concernée
évaluation	3P, 2hf	L'évaluation "avant et après" vu qu'on ne sait jamais ce que les enfants retiennent; l'action doit être évaluée de façon adaptée.
efficacité	4A 2P	Permettre à chacun de pouvoir apporter des modifications dans ses pratiques alimentaires sur du long terme; que les effets durent dans le temps; aboutir à amener en consultation des jeunes concernés par ces items pour une bonne Prévention (diminuer les IVG chez les jeunes, améliorer l'usage des préservatifs...) donc établir un dialogue et une relation de confiance; faire en sorte que les jeunes se prennent en charge, diminuer la violence, le racisme...; un dépistage mettant en évidence une diminution de la prévalence serait un critère certain de qualité; inculquer lesbons gestes et donner les bonnes habitudes et ce, le plus tôt possible
dimension partenariale	2A, 2P, 1hf	implication des professionnels, implication et motivation des personnes relais ; la mobilisation des partenaires; intégré dans une réflexion partenariale (CESC…); l'implication des professeurs; des actions multipartenariales (avec un discours harmonisé des différents adultes entourant l'enfant)
pertinence / action adaptée au public-cible	1A 1P	la pertinence de l'action par rapport au public-cible, la réponse à une attente du public-cible; réponse à une demande ; action adaptée au public-cible
formation des intervenants	2P 2hf	intervention de personnes qualifiées, personnel qualifié sachant bien animer les séances avec les enfants; qualification des intervenants, capacité à faire passer des messages; des compétences avérées (ou des formations) chez les acteurs de l'action
appui institutionnel	1P	la motivation des structures qui accueillent, année après année

ANNEXE 5 : **BIBLIOGRAPHIE**

1. PROMOTION DE LA SANTE – PREVENTION –EDUCATION A LA SANTE

OUVRAGES

BAUDIER F., *Education pour la Santé, Guide pratique :* Comité Départemental d'Education pour la Santé du Doubs, 1987

REVUE

L'éducation pour la Santé est-elle éthique ?, La Santé des l'Homme, CFES, janvier-février 2000.

AUTRES DOCUMENTS

Base de concepts, http://www.inpes.sante.fr (consulté en mars 2005)

Education pour la santé et éthique : Avis du Conseil Scientifique du CFES, 1999-2001

L'éducation en santé :enjeux, obstacles et moyens, Colloque pluridisciplaine, Rennes, Editions CFES, janvier 1998

La Prévention en matière de santé : Rapport du Conseil Economique et Social, décembre 2003

SCHOENE M., *Quels atouts et obstacles pour le développement de politiques locales de santé :* action lors des rencontres parlementaires « santé, société, entreprise », citoyen-ville-santé : quelles réponses concrètes pour la mise en œuvre d'une politique de Santé Publique ? », novembre 2003

2. PLANIFICATION DES INTERVENTIONS EN PREVENTION/PROMOTION DE LA SANTE

OUVRAGE :

Agir en Promotion de la Santé : un peu de méthode : Bruxelles Santé, 2000

La santé en action : CFES, 1987

BAUMANN M., CANNET D., CHALONS S., *Santé communautaire et action humanitaire – Le diagnostic de santé d'une population :* Ed. ENSP, 2001

BURY A., *Education pour la Santé, Concepts, Enjeux, Planification :* De Boeck Université, 1988

PINAULT R., *La planification de la santé* : Ed. d'agence ARC inc., 1991

RAPPORTS :

GRANGER I., *Promouvoir une démarche locale de Santé, exemple de méthodologie :* DDASS de Seine Saint Denis, Septembre 2002

JOURDAIN A., COTARD B., BRZUSTOWSKI M., CHEVAILLIER G., *Etude de faisabilité d'une évaluation des dispositifs d'amélioration de l'accès aux soins et à la Prévention :* ENSP, octobre 2002

DOSSIERS DOCUMENTAIRES

BOURGUEIL Y., *Gestion des institutions sanitaires et des programmes de santé* : DESS « Management des services et Actions en Santé Publique », Universités Paris XI, VI, VII, 2003

BOURGUEIL Y., DEVELAY A., *Gestion et évaluation des institutions sanitaires et des programmes de santé :* DESS « Management des services et Actions en Santé Publique », Universités Paris XI, VI, VII, 2003

DEVELAY A., *Evaluation des institutions sanitaires et des programmes de santé* : DESS « Management des services et Actions en Santé Publique », Universités Paris XI, VI, VII, 2003

SISARET A., FOURNIER C., *Evaluation, mode d'emploi :* INPES, réalisé suite aux journées de la Prévention « La Prévention en action : partage d'expériences », avril 2005

ARTICLES:

Créer un projet d'action locale en Promotion de la Santé : guide méthodologique : Contact Santé, avril 1997

BARTELEMY L., CENARD L., TULEU F., *Analyser une situation* : La Santé de l'Homme, n°329, juin 1997, p. 13-14
CONTANDRIOPOULOS A.-P., CHAMPAGNE F., DENIS J.-L., PINAULT R., *L'évaluation dans le domaine de la Santé : concepts et méthodes* : Version révisée de l'article des mêmes auteurs publié dansles actes du colloque « L'évaluation en matière de santé : des concepts à la pratique, CREGE, Lille, 1992, p. 14-32
DEMARTEAU M., *Les pratiques d'action en Education pour la Santé et leurs modes d'évaluation : réflexions critiques et questions pour la recherche* : Comité d'Education pour la Santé, ENSP, Université Victor Ségalen Bordeaux 2. Evaluer l'Education pour la Santé : concepts et méthodes. Ed. INPES 2002, p. 35-51
DEMEULEMEESTER R., *Evaluation et bilan, Politiques et programmes régionaux de Santé,* Actualité et dossier en Santé Publique, mars 2004, p. 44-76
DENIS JL., CHAMPAGNE F., *L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes,*The Canadian Journal of Program Evaluation Volume 5 Number 2 : Canadian Evaluation Society, 1990, p. 47-67
HENCELIN L., *Conduire un projet de Prévention, De la théorie à la pratique,* Lettre du centre d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances de Seine Saint Denis, décembre 2004, p.1-4
Mc QUEEN D., ANDERSON L., *Données probantes et évaluation des programmes en Promotion de la Santé :* Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 7, n°1, 2000, p. 79-98
TULEU F., *Construire un projet* : La santé de l'homme, n° 331, octobre 1997, p.15-16 ; n°332, décembre 1997, p. 19-20
AUTRES DOCUMENTS
Efficacité de la Promotion de la Santé : Actes du colloque organisé par l'INPES, 2004
La Promotion de la Santé : une démarche de santé publique efficace, : Avis du Conseil Scientifique du CFES, 1999-2001
FONTAINE D, BEYRAGUED L, MIACHON C, *L'évaluation en neuf étapes : fiches pratiques pour l'évaluation des actions et programmes Santé et Social :* Espace Régional de Santé Publique, janvier 2004
MOLLEMAN G., PETERS L., HOMMELS L., PLOEG M., *Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0, Assessment Package* : NIGZ Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, 2003

3. PARTICIPATION DES USAGERS

OUVRAGES
Développement Social et Promotion de la Santé, la Démarche Communautaire : SFSP, Collection Santé et Société, n°9, avril 2000
Pratiquer la Santé Communautaire, de l'intention à l'action : Institut Renaudot, Chroniques Sociales, 2001
AUTRES DOCUMENTS
BANTUELLE M., MOREL J., DARIO Y., *Des concepts et une éthique* : ASBL « Santé, Communauté, Participation », 2000
BANTUELLE M., MOREL J., DARIO Y., *Les acteurs et leurs pratiques* : ASBL « Santé, Communauté, Participation », 2000
BANTUELLE M., MOREL J., DARIO Y., *Le diagnostic communautaire* : ASBL « Santé, Communauté, Participation », 2000
BANTUELLE M., MOREL J., DARIO Y., *La participation et les acteurs* : ASBL « Santé, Communauté, Participation », 2000
BANTUELLE M., MOREL J., DARIO Y., *L'évaluation, un outil au service du processus* : ASBL « Santé, Communauté, Participation », 2001

BANTUELLE M., MOREL J., DARIO Y., *Des ressources pour agir* : ASBL « Santé, Communauté, Participation », 2001

4. CENTRES DE SANTE

RAPPORTS :
BURSTIN A., LALANDE F., MERLHE G., *Rapport sur les Centres de Santé,* IGAS, décembre 1998
PIERRE-LOUIS J., *enquête sur les Centres de Santé en 1995,*CNAMTS, Bloc Notes Statistique, n°79, juillet 1996
TROUVE C., DRIVET R., LEMOINE M., *Rapport sur la situation des Centres de Santé, Fonctionnement et Analyse Financière :* IGAS, mars 1990
REVUES ET ARTICLES
AZAN-DELION F. et al., *Les Centres de Santé 1 – Missions et Pratiques-*, Prévenir, Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, n°36, premier semestre 1999.
BCHIR A. et al., *Les Centres de Santé 2 – Pertinence et Modernité-*, Prévenir, Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, n°37, deuxième semestre 1999.
LE CORRE Joël, *Centres de Santé Municipaux, destin national ou destin local ?*,Le nouveau Centre de Santé, n°125, juin 1998
AUTRES DOCUMENTS
Accord National destiné à organiser les rapports entre les Centres de Santé et les Caisses d'Assurance Maladie : 2003
FEURTET D., Maire du Blanc Mesnil, Discours inaugural des séances de travail sur l' « Avenir des Centres de Santé Municipaux de Blanc Mesnil » : 27 avril 2004
LESIOUR A., *Les Centres de Santé Municipaux, passé, présent, perspectives,* Action à la journée de formation des élus municipaux, 1er février 2003
MANUELLAN P.-E., *Cartographie des professionnels de santé au Blanc Mesnil :* novembre 2004
MANUELLAN P.-E., *Evaluation quantitative de l'activité des CMS au Blanc Mesnil 1999-2003 :* novembre 2004
ROSENBERG S., *Vers une démarche qualité des Centres de Santé de la ville du Blanc Mesnil,* Mémoire IUP ville et Santé, Université Paris Nord XIII, mai 1998
www.lescentresdesante.com (consulté en octobre 2004)

6. Recueil d'informations

BLANCHET A., *Interviewer*, Les techniques d'enquête en sciences sociales : p. 81-126
BLANCHET A., GOTMAN A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* : collection 128, Nathan, 1992
SINGLY (de) F., *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire* : collection 128, Nathan, 1992

Résumé

L'une des conditions d'efficacité des stratégies de Prévention/Promotion de la Santé est d'en conjuguer les niveaux d'intervention à l'échelle nationale, régionale et locale. Les Centres de Santé font partie des acteurs locaux de Prévention. Toutefois, la qualité des interventions qu'ils mènent en Prévention/Promotion de la Santé n'est pas évaluée. L'absence de référentiel d'évaluation explique en partie cette lacune.

Une recherche menée à partir d'un site dynamique en Prévention/Promotion de la Santé permet d'évaluer une variété d'interventions de ce type. Dotée de deux Centres de Santé et impliquée dans le réseau des Villes Santé de l'OMS depuis 1991, la Ville du Blanc Mesnil et ses Centres Municipaux de Santé font partie des acteurs locaux dynamiques en Prévention et en Promotion de la Santé.

Mais qu'en est-il de la qualité des interventions en Prévention et en Promotion de la Santé développées par ces Centres de Santé ? Pour répondre à cette question, cette étude a visé deux objectifs : déterminer un référentiel de qualité des interventions en Prévention/Promotion de la Santé et évaluer la qualité de celles mises en œuvre par les Centres Municipaux de Santé du Blanc Mesnil.

Cette recherche a permis d'établir un référentiel de qualité des interventions en Prévention/Promotion de la Santé selon 6 axes : l'inscription des actions dans le temps et dans une stratégie globale, la dimension participative, l'analyse de la situation, la détermination des priorités et des objectifs, la prévision des ressources et des stratégies de mise en œuvre, l'évaluation.

C'est sur la base de ce référentiel qu'ont été déterminés les principaux atouts et limites de la qualité des interventions de Promotion de la Santé/Prévention menées par les Centres de Santé du Blanc Mesnil. D'une part, des points forts ont été mis en relief : l'inscription des interventions dans le temps et dans une stratégie globale, la recherche et la mobilisation de ressources et de méthodes de mise en œuvre. D'autre part, le manque de participation des usagers est apparu comme le principal point faible.

Ces résultats ainsi que les principaux éléments facilitant et freinant le développement des interventions ont permis de proposer des pistes d'amélioration de la qualité des interventions évaluées en fonction de quatre objectifs : améliorer la collecte et la gestion de l'information, mutualiser les pratiques, définir un projet politique global, développer la participation des habitants.